

## Patientinnendaten

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

-----  
Wie haben Sie von mir erfahren?

Möchten Sie meinen kostenlosen Newsletter mit Gesundheitstipps und Hinweisen zu Vorträgen und Workshops zur TCM erhalten (erscheint ca. 4x im Jahr)?

\_\_\_\_\_  
Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, welche?

Gab es ernsthafte Erkrankungen/ Unfälle/ OPs in Ihrer **Vorgeschichte**?

Gibt es ernsthafte Erkrankungen in Ihrer **Familiengeschichte**? Eltern? Geschwister?

### Fragebogen

Leiden Sie unter den folgenden Beschwerden? Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (= keine Beschwerden) bis 5 (= sehr starke Beschwerden) an, wie sehr Sie darunter leiden.

	0	1	2	3	4	5
Hitzegefühl und/oder Abneigung gegen Hitze						
Schwitzen; falls ja: zu welcher Tageszeit?						
Kältegefühl und/oder Abneigung gegen Kälte						
Kalte Hände und/ oder Füße						
Wetterfühligkeit						
Müdigkeit/ Erschöpfung/ mangelnde Belastbarkeit						
Konzentrationsstörungen						
Vergesslichkeit						
Kraftlosigkeit						
Appetitlosigkeit						
Völlegefühl						
Neigung zu blauen Flecken						
Hämorrhoiden und/ oder Krampfadern						
Gebärmutter- oder Blasensenkung						
Blähungen						
Durchfall oder weichem Stuhl. Wie oft haben Sie ggf. Stuhlgang am Tag?						
Verstopfung oder trockenem Stuhl Wie oft haben Sie Stuhlgang?						
Gallenkoliken						
Gallensteine						
Bauchschmerzen						
Übelkeit/ Erbrechen						
Gewichtsverlust						
Gewichtszunahme						
Schweregefühl						
Flüssigkeitsansammlungen						
Durst und/ oder Mundtrockenheit Wie viel trinken Sie ungefähr am Tag?						
Aphthen oder andere Schleimhautschäden im Mund						
Mundgeruch						
Bitterer Mundgeschmack						
Trockenheit der Haut						

	0	1	2	3	4	5
Hautausschläge						
Akne, Neigung zu Furunkel oder Eiter						
Trockenheit der Augen						
Sehstörungen/ Nachtblindheit						
Gerötete Augen						
Brüchige Nägel						
Haarausfall						
Schlafstörungen Falls ja: Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? Um wie viel Uhr wachen Sie nachts meist auf?						
Alpträume						
Taubheitsgefühle oder Kribbeln in Händen oder Füßen						
Zittern						
Krämpfe						
Schwindel						
Tinnitus/ Ohrgeräusche						
Kopfschmerzen						
Reizbarkeit/ Impulsivität						
Schmerzen im Bewegungsapparat						
Verspannungen Schulter/Nackengebiet						
Zähneknirschen oder Knirschen in der Nacht						
Atemnot/ Kurzatmigkeit						
Störungen des Geruchssinns						
Nasenbluten						
Neigung zu Heiserkeit/ Stimmverlust						
Räusperzwang						
Infektanfälligkeit						
Verschleimung in den Nebenhöhlen, im Rachen oder den Bronchien						
Herzrasen oder Herzstolpern						
Ruhelosigkeit/ Nervosität						
Ängstlichkeit						
Schreckhaftigkeit						
Stimmungsschwankungen						
Häufiges Wasserlassen bzw. häufiger Harndrang						
Nächtliches Wasserlassen						
Schmerzen im unteren Rücken						

	0	1	2	3	4	5
Knieschmerzen						
Inkontinenz						
Beschwerden beim Wasserlassen						
Anfälligkeit für Harnwegsinfektionen						
Nierensteine						
Allergien						

## Menstruation

Wann hatten Sie Ihre erste Periode?

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Wenn ja: welche?

Seit wann?

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

Wie lang ist Ihr Zyklus (von einer Blutung zur nächsten)?

Wie viele Tage bluten Sie?

Wie stark ist die Blutung über die Tage?

Leiden Sie vorher an Stimmungsschwankungen? Sind sie gereizt? Traurig?

Haben Sie Brustspannen? Ziehen im Rücken oder Bauch?

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

Wenn ja: Wo?

Bessert Wärme die Schmerzen?

Wie ist der Schmerzcharakter: Ziehend, dumpf, krampfartig, stechend?

Welche Farbe hat das Blut? (z.B. bräunlich, dunkelrot, mittelrot, hellrot)

Gibt es Klumpen oder Fetzen im Blut?

Wenn ja, wie groß?

Haben Sie Schmerzen während des Eisprungs?

Wie ist Ihre **Libido** zurzeit: schwach – mittel - stark

Haben Sie schon mal vaginalen **Ausfluss**?

Wenn ja: Welche Farbe? (weißlich, gelb)

Welcher Geruch?