

## Patientendaten

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						
Inkontinenz						

Beschwerden beim Wasserlassen						
Anfälligkeit für Harnwegsinfektionen						
Nierensteine						
Allergien						
Potenzstörungen						