



Dr. med. Sonja M. Li Moldenhauer, Ärztin, Akupunktur, Chinesische Arzneimitteltherapie
 Michael-Vogel-Str. 1b, 2. Stock, 91056 Erlangen, Tel. 09131 - 42711, www.dr-moldenhauer.de

Chinesische Arzneimitteltherapie - Fragebogen

Das Ausfüllen dieses Fragebogens kann bis zu einer Stunde dauern. Sollten Sie sich zu einem Punkt nicht schriftlich äußern wollen, markieren Sie die Frage und teilen mir die Antwort mündlich mit. Es wäre von Vorteil, wenn Sie schriftliche Berichte/Befunde mitbringen könnten.

Der Fragebogen ersetzt nicht die eigentliche Anamnese, er dient lediglich als Leitfaden.

Beschwerden, die im Fragebogen nicht abgefragt wurden, können Sie auf der Rückseite vermerken.

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Mobiltelefon:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Größe:	Familienstand:
Gewicht:	Rechst-/Linkshänder:

Datum:

1. Hauptbeschwerden:

- a. Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Hauptbeschwerden:

- b. Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

- c. An welcher Stelle des Körpers haben Sie die Beschwerden?

- d. Zeitlicher Verlauf
 - i. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

 - ii. Haben Sie ständig Beschwerden oder nur zeitweise?

 - iii. Wenn zeitweise, dann wie lange?

 - iv. Zu welcher Tageszeit?

- e. Wie ist der Charakter der Beschwerden? (z. B. Schmerzen: stechend, bohrend etc.)

- f. Wodurch verschlechtern sich Ihre Beschwerden? (z.B. Bewegung, Stress)

- g. Wodurch bessern sich Ihre Beschwerden? (z.B. Bewegung, Ruhe)

2. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

3. Eigene Vorerkrankungen

(z.B. Operationen, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, schwere Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen, Entwicklungsstörungen in der Kindheit, Impfunverträglichkeit)

4. Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel):

5. Temperatur

- a. Sind Sie wetterempfindlich?

- b. Welches Klima empfinden Sie als angenehm? (z.B. warm, kühl, feucht)

- c. Welches Klima empfinden Sie als unangenehm? (z.B. warm, kühl, feucht)

- d. Welche Gegend bevorzugen Sie klimatisch?
 - i. Meer
 - 1. Nordsee
 - 2. Mittelmeerraum
 - ii. Gebirge
 - iii. Wüste
 - iv. Tropen

- e. Bessern sich Ihre Beschwerden bei Wärme oder bei Kälte?

- f. Haben Sie kalte Hände und/oder Füße? Wann?

- g. Haben Sie heiße/brennende Hände und/oder Füße? Wann?

- h. Leiden Sie unter Schüttelfrost?

- i. Haben Sie immer wieder Fieber?

j. Schwitzen Sie ungewöhnlich viel?

i. Wo?

ii. Wann?

iii. Wie ist der Schweiß?

1. Warm
2. Kalt
3. Ölig
4. Klebrig
5. Färbt die Wäsche

iv. Wie ist der Geruch?

1. Scharf
2. Sauer
3. Sonstiges

v. Ist Schwitzen für Sie angenehm oder unangenehm?

6. Sind Sie druck- oder berührungsempfindlich? Wenn ja, an welchen Körperstellen?

7. Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

8. Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche?

9. Haben Sie einen seltsamen Geschmack im Mund? (z.B. süßlich, säuerlich, bitter, metallisch)

10. Haben Sie eine Vorliebe für bestimmte Lebensmittel?

11. Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel?

12. Haben Sie eine Vorliebe für eine der folgenden Geschmacksrichtungen?

- a. Süß
- b. Sauer
- c. Salzig
- d. Bitter
- e. Scharf

13. Haben Sie eine Abneigung gegen eine der folgenden Geschmacksrichtungen?

- a. Süß
- b. Sauer
- c. Salzig
- d. Bitter
- e. Scharf

14. Wogegen haben Sie eine starke Abneigung oder sogar Ekel?

15. Wie ist Ihr Durstgefühl? (z.B. kaum Durstgefühl, unstillbarer Durst)

16. Wie ist Ihr Appetit?

17. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

18. Konsum von alkoholischen Getränken? Wenn ja, wie viel?

19. Neigen Sie dazu, sich zu übergeben?

20. Wie ist das Wasserlassen?

- a. Häufigkeit
- b. Menge
- c. Farbe (z.B. blutig)
- d. Auffälliger Geruch?
- e. Schmerzen?

21. Wie ist die Verdauung?

- a. Häufigkeit
- b. Konsistenz des Stuhlgangs (z.B. hart, schleimig, blutig)
- c. Blähungen/Winde
- d. Schmerzen

22. Wie schlafen Sie?

- a. Einschlafen
- b. Durchschlafen
- c. Wachen Sie regelmäßig nachts zu einer bestimmten Uhrzeit auf?
- d. Haben Sie viele Träume?
- e. Fühlen Sie sich nach ausreichender Zeit des Schlafens ausgeruht?
- f. Bevorzugte Schlafposition?
- g. Besonderheiten während des Schlafes? (Schnarchen, Zähneknirschen, Schwitzen etc.)
- h. Schlafen Sie tagsüber?

23. Haben Sie neben den Hauptbeschwerden noch andere Symptome?

- a. Allgemein Neigung zu Schwellungen
- b. Allgemein Neigung zu Trockenheit
- c. Kopf: Schmerzen, Schwindel, Ohnmacht, Krampfanfälle
- d. Augen: Sehstörungen, Tränenfluss, trockene Augen, Entzündungsneigung
- e. Ohren: Schwerhörigkeit, Tinnitus, Absonderungen
- f. Nase: Riechvermögen, Schleimbildung, Neigung zu Nasenbluten
- g. Mund:
 - i. ungewöhnlicher Geschmack im Mund (bitter, metallisch, sauer etc.)
 - ii. Zunge (z.B. Brennen)
 - iii. Zähne (z.B. Karies, Schmerzen, Verfärbungen, Implantate)
 - iv. Zahnfleisch (z.B. Schwellungen, Zahnfleischbluten)
 - v. Lippen (z.B. trocken, rissig, Schmerzen)
 - vi. Speichelbildung (zu viel, zu wenig)
- h. Hals: Schwellungen, Schluckbeschwerden, Stimme
- i. Lungen/Bronchien: häufige Infekte, Schleimbildung

- j. Brustbereich: Gefühl der Enge, Druckgefühl, Schwellungen, Verfärbungen
- k. Herz: Herzstolpern, Schmerzen
- l. Bauch: Druck im Oberbauch, Unterbauch, Schwellungen, Verfärbungen
- m. Gelenke: Schmerzen, Steifheit
- n. Rücken: Schmerzen, Steifheit
- o. Extremitäten (Arme, Beine): Schmerzen, Kribbeln, Lähmungen, Schwellungen, Krampfadern
- p. Haut: Wundheilung, Juckreiz, Akne, Ausschlag
- q. Neigung zu blauen Flecken
- r. Bluten Verletzungen ungewöhnlich lange nach?
- s. Neigung zu Thrombosen
- t. Haben Sie Probleme mit den Haaren (z.B. vorzeitiges Ergrauen, Haarausfall)
- u. Haben Sie Probleme mit den Nägeln?
- v. Genitalorgane: Schmerzen, Juckreiz
- w. Haben Sie Probleme mit der Sexualität?

24. Psyche, Wie schätzen Sie Ihren seelischen Zustand selbst ein?

- a. Stabil
- b. Niedergeschlagen
- c. Lustlos
- d. Grübelnd
- e. Reizbar, ich werde schnell wütend
- f. Ängstlich
- g. Traurig
- h. Ich muss viel weinen
- i. Manisch

25. Für Frauen

- a. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Periode?
- b. Gab es damals Schwierigkeiten?
- c. Ist Ihr Zyklus regelmäßig?
- d. Länge des Zyklus (z.B. 28 Tage)?
- e. Wie lange dauert die Blutung?
- f. Wie ist die Blutung? (Stärke, Farbe, Konsistenz)
- g. Haben Sie Beschwerden (z.B. Schmerzen, Stimmungsschwankungen)
 - i. vor der Blutung?
 - ii. während der Blutung?
 - iii. nach der Blutung?
- h. Besteht Ausfluss? Wenn ja, welcher Art?
- i. Haben Sie Beschwerden in den Brüsten?
- j. Wie viele Kinder haben Sie geboren?
- k. Wie alt sind diese Kinder?
- l. Wie waren die Geburten? (spontan, Kaiserschnitt)
- m. Gab es Fehlgeburten?
- n. Hatten Sie Schwangerschaftsbeschwerden?
- o. Schwangerschaftsverhütung? Wenn ja, wie?
- p. Gibt es Beschwerden mit den Wechseljahren?
- q. Gibt es andere gynäkologische Probleme?

26. Für Kinder:

- a. Wie verliefen die Schwangerschaft und die Geburt?
- b. Wie ist/war die Entwicklung? (Krabbeln, Aufstehen, Laufen, Zahnung, Sprechen)
- c. Impfungen?
- d. Kinderkrankheiten?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Den folgenden Bereich bitte nicht ausfüllen.

Befund:

Gesichtsfarbe:

Ernährungszustand:

Allgemeinzustand:

Pulse:

Zunge:

Gesamteindruck: