

Dr. med. Sonja M. Li Moldenhauer
Ärztin, Akupunktur, Chinesische Arzneimitteltherapie

Michael-Vogel-Str. 1b, 90152 Erlangen, Tel. 0 91 31 – 4 27 11
www.dr-moldenhauer.de



Chinesische Arzneimitteltherapie - Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 es mir dann 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/Hausnr.:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Mobiltelefon:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Größe:	Familienstand:
Gewicht:	Rechts-/Linkshänder:

Besonderheiten in der Ernährung:

Datum:

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 öfters kalte Hände und/oder Füße? Wann?

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

- h. Leiden Sie unter Schüttelfrost?

- i. Haben Sie öfters 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. Was mögen Sie überhaupt nicht? Wogegen haben Sie eine 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, Anfälle etc.
- d. Augen: Sehstörungen, Tränenfluss, trockene Augen, Entzündungsneigung etc.
- e. Ohren: Schwerhörigkeit, Tinnitus, Absonderungen etc.
- f. Nase: Riechvermögen, Schleimbildung, verstopft, Neigung zu Nasenbluten etc.
- g. Mund:
 - i. ungewöhnlicher Geschmack im Mund (bitter, metallisch, sauer etc.), Speichel
 - ii. Zunge (Brennen etc.)
 - iii. Zähne (Karies, Schmerzen, Verfärbungen, Implantate etc.)
 - iv. Zahnfleisch (geschwollen, Zahnfleischbluten)
 - v. Lippen (trocken, rissig, Schmerzen etc.)
 - vi. Speichelbildung (zu viel, zu wenig)
- h. Hals: Schwellungen, Schluckbeschwerden, Stimme etc.
- i. Lungen/Bronchien: Häufige Infekte, Schleimbildung etc.

- 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. Neigen Sie zu blauen Flecken?
- r. Bluten Verletzungen ungewöhnlich lange nach?
- s. Neigen Sie 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?

25. Für Frauen

- a. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Periode (Menarche)?
- b. Gab es damals Schwierigkeiten?
- c. Ist Ihr Zyklus regelmäßig?
- d. Wie lange ist Ihr Zyklus?
- 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?
- k. Wie alt sind Ihre Kinder?
- l. Wie waren die Geburten? (spontan, Kaiserschnitt)
- m. Gab es Fehlgeburten?
- n. Hatten Sie Schwangerschaftsbeschwerden?
- o. Schwangerschaftsverhütung? Wenn ja, dann 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: