

Name:

Datum:

In der Chinesischen Medizin ist eine ausführliche **Anamnese (Befragung des Patienten)** wesentlich für die Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit für die Beantwortung der Fragen. Damit leisten Sie einen wichtigen Beitrag zu Ihrer Therapie.

- bei Ja  
✓  wenn unklar

### Krankengeschichte der Familie

	selbst	Kinder	Mutter	Vater	Schwester	Bruder
Verstorben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Karzinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck / Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren / Blasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen / Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Neuralgisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol / Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kinderkrankheiten / Impfungen +

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern                  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten / Pertussis |
| <input type="checkbox"/> Mumps                   | <input type="checkbox"/> Diphtherie              |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung           | <input type="checkbox"/> Scharlach               |
| <input type="checkbox"/> Windpocken / Varizellen | <input type="checkbox"/> Röteln Rubella          |

### Haben oder hatten Sie zu tun mit

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen           |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten    | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose        | <input type="checkbox"/> Darm / Hämorrhoiden    |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Neuralgien             |
| <input type="checkbox"/> Milz               | <input type="checkbox"/> Bandscheiben           |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Malaria            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen         | <input type="checkbox"/> Augen Erkrankung       |

### Weitere Krankheiten?

### Waren Sie im Spital? Warum, wann, wie lange?

### Haben Sie

- Hautausschläge / Taubheitsgefühle
- Blutungen, die nicht leicht zu stoppen sind
- Auffällige Narben (Taubheit, Ziehen, Brennen, Jucken )
- Ohnmachtsanfälle / Schwarzwerden beim schnellen Aufstehen
- Zittern Sie
- Hat sich Ihre Handschrift in letzter Zeit verändert
- Schwierigkeiten sich zu Konzentrieren / Erinnern
- Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen
- Fühlen Sie sich oft alleine oder deprimiert / weinen Sie oft
- Schwierigkeiten sich zu entspannen / sorgen Sie sich oft
- Beängstigende Träume / Gedanken
- Schnell verärgert / leicht zu irritieren
- Familien- oder Arbeitsprobleme / Sexuelle Schwierigkeiten
- Haben Sie schon an Selbstmord gedacht
- Haben Sie psychiatrische Hilfe gesucht
- 5 Kg in den letzten 6 Monaten zu / ab genommen
- Fühlen Sie sich zu heiss / kalt
- Haben Sie Schwellungen in der Achselhöhle / Leiste
- Sind Sie dauernd müde oder leicht erschöpft
- Sport / Übungen mehr als 3 Mal die Woche

- Mehr als 6 Tassen Kaffee / Cola / Schwarztee pro Tag
- Rauchen Sie
- Täglicher Alkohol- / Marihuanakonsum
- Nehmen Sie regelmässig Schlaf- / Schmerz- / Beruhigungstabletten
- Verwenden Sie Heroin / Kokain / LSD / Ecstasy
- Haben Sie schon einmal Blut erbrochen
- Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken
- Haben Sie schwarze / blutige Stuhlgänge
- Schmerzen beim Stuhlen / Blutungen vom Rektum
- Gehen Sie regelmässig nachts Wasserlösen
- Mehr als 6 mal am Tag Wasserlösen
- Nässen Sie Unterwäsche / Bett
- Brennen beim Wasserlösen
- Ist Ihr Urin braun, blutig
- Schwierigkeiten den Strahl zu starten / Dauernd Drang zu urinieren
- Haben Sie mehr als einmal die Woche Kopfschmerzen
- Tragen Sie eine Brille oder Linsen / Sehen Sie verschwommen / unklar
- Sehen Sie manchmal doppelt
- Haben Sie oft wässrige oder trockene Augen
- Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Gehör
- Ohrenscherzen / Ausfluss aus den Ohren
- Intermittierende/ Permanente Geräusche im Ohr
- Zahnprobleme / Sensible - schmerzhaft Zunge
- Geschwollenes - schrumpfendes Zahnfleisch
- Geschmacksinn / Geruchssinn veränderte sich seit kurzem
- Verstopfte Nase / "Laufende" Nase ohne Erkältung
- Niessanfälle / Nasenbluten ohne Grund
- Erkältungen mehrere Monate hintereinander
- Heissere Stimme / Halsschmerzen ohne Erkältung
- Vergrösserte Rachenmandeln
- Haben Sie Hustenanfälle
- Kurzatmigkeit / Brauchen Sie viele Kissen zum Schlafen
- Haben Sie Auswurf / Husten mit blutigem Auswurf
- Wachen Sie auf in der Nacht mit Kurzatmigkeit / Husten
- Schwitzen Sie mehr als sonst / haben Sie Nachtschweiss
- Hoher Blutdruck / Schwindel
- Herzklopfen
- Schmerz und Enge auf der Brust
- Geschwollene Knöchel / Füsse
- Krämpfe in den Beinen in der Nacht / beim Laufen

## **FRAUEN**

- Sind Sie in der Menopause
  - Gebärmutterentfernung
  - Hatten Sie Blutungen nach Geschlechtsverkehr
  - Blutungen zwischen Menstruationen
  - Vaginaler Ausfluss / Juckreiz
  - Untersuchen Sie Ihre Brüste selbst einmal im Monat
  - Beobachteten Sie Knoten / Schmerzen in der Brust
- Letzter PAP -Test / Abstrich:  
Wie oft waren Sie Schwanger:  
Wie viele Kinder haben Sie geboren:

## **MÄNNER**

- Ist Ihr Urinstrahl langsam oder schwach
  - Haben Sie ein Brennen / Ausfluss vom Penis
  - Sind Schwellungen / Knötchen an Ihren Hoden
  - Haben Sie Hodenschmerzen
- Letzte Prostata Untersuchung:

**Was ist Ihr aktuelles Hauptproblem, was wollen Sie behandeln lassen?**

**Machen Sie weitere Therapien?**

**Länder, die Sie in den letzten Jahren besucht haben:**

**Verschriebene Medikamente:**

**Behandelnder Arzt / Ärzte:**