



## Fragebogen

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,  
um Ihnen im Sinne der Traditionell Chinesischen Medizin eine ganzheitliche Behandlung anbieten zu können, benötige ich Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bevor Sie zur ersten Sprechstunde kommen, bitte ich Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen zu beantworten. Dies ist Ihr erster Beitrag für Ihre Gesundheitsvorsorge und -versorgung. Wir werden gemeinsam bei der ersten Konsultation die Fragen besprechen.  
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Krankengeschichte Ihrer Familie:	Sie selber	Ihre Kinder	Ihre Mutter	Ihr Vater	Ihre Schwester	Ihr Bruder
Alkoholmissbrauch						
Allergien						
Asthma						
Blase						
Blutkrankheit						
Darm						
Diabetes						
Drogenmissbrauch						
Epilepsie						
Genetische Krankheiten						
Herzkreislauferkrankung						
Hoher Blutdruck						
Kopfschmerzen						
Magen						
Multiple Sklerose MS						
Neurologische Erkrankung						
Nieren						
Psychische Erkrankungen						
Rheumatische Erkrankung						
Tumor / Karzinom						
Verstorben						

Überstandene Kinderkrankheiten: (bei entsprechender Impfung ein Kreuz davorsetzen)

<input type="checkbox"/> Echter Krupp / Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Polyomyelitis
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Mumps / Ziegenpeter	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Keuchhusten / Pertussis	<input type="checkbox"/> Windpocken

Weitere Impfungen:

---



---



---

Haben Sie bereits an einer der folgenden Erkrankungen gelitten oder leiden Sie noch darunter?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung               | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung       |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall           | <input type="checkbox"/> Malaria                |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Milzerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                  | <input type="checkbox"/> Thrombose              |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung                | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung               |   |

Medizinische Vorgeschichte:

---

---

Spitalaufenthalte / Operationen:

---

---

---

Ganzheitlicher TCM:

- Taubheitsgefühl
- durch leichtes Anstossen blaue Flecken
- Blutungen durch Verletzungen, die schlecht stoppen
- auffällige Narben
- mehr als einmal pro Woche Kopfschmerzen
- regelmässig Ohnmachtsanfälle
- Gleichgewichtsprobleme oder Schwindelanfälle
- Schwarzwerden vor den Augen beim schnellen Aufstehen
- oft wässrige oder trockene Augen
- sehe manchmal doppelt, verschwommen oder unklar
- trage eine Brille oder Linsen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- vermindertes Erinnerungsvermögen
- Hörschwierigkeiten
- intermittierende, permanente Ohrgeräusche
- Ohrenscherzen oder Ausfluss aus dem Ohr
- Zahnfleischprobleme
- geschwollenes oder schrumpfendes Zahnfleisch
- Aphten im Mund
- seit kurzem veränderter Geschmacks- oder Geruchssinn
- Entscheidungsschwierigkeiten
- Depression
- weine oft und fühle mich allein
- auffallende Wechsel zwischen Freude und Trauer

Stimmungsschwankungen

Schwierigkeiten sich zu Entspannen

Schwierigkeiten loszulassen

sich übermässig Sorgen machen

schnell verärgert oder leicht aus der Fassung zu bringen

Probleme in der Familie – Arbeit – Partnerschaft

Selbstmordgedanken

beängstigende Träume oder Gedanken

werde von einem Psychiater oder Psychologen betreut

Zittern an den Händen

Handschrift hat sich in letzter Zeit sehr verändert

hoher Blutdruck

Herzklopfen oder Herzrasen

Brustschmerzen oder Engegefühl auf der Brust

Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken

oft eine verstopfte oder laufende Nase ohne Erkältung

oft Niesanfälle

Nasenbluten ohne Grund

mehrere Monate hintereinander erkältet

eine heisere Stimme

Halsschmerzen ohne Erkältung

vergrösserte Rachenmandeln

Hustenanfälle

Kurzatmigkeit, viele Kissen zum Schlafen

schleimiger oder blutiger Auswurf ohne Husten

nachts wegen Hustenanfällen oder Kurzatmigkeit aufwachen

Schwellungen in der Achselhöhle oder Leiste

geschwollene Knöchel oder Füsse

Krämpfe in den Beinen nachts oder beim Laufen

Unwohlsein in der Magengegend

Gewichtsabnahme/-zunahme von über 5kg in den letzten 6 Monaten

schnell Übelkeit empfinden

habe schon einmal Blut erbrochen

Bett- oder Unterwäsche nassen

Brennen beim Wasserlassen

Drang verspüren zu urinieren

ich betreibe Leibesübungen oder Sport mehr als dreimal in der Woche

ich trinke mehr als sechs Tassen Kaffee, Cola oder Schwarztee täglich

Raucher

Gelegenheitsraucher

Nichtraucher

ich trinke täglich mehr als ein Glas Alkohol

ich konsumiere Marihuana und / oder andere Suchtmittel

### Frauen

- Ich bin in der Menopause
  - Ich hatte Blutungen nach Geschlechtsverkehr
  - Ich habe Blutungen zwischen der Menstruation
  - Ich untersuche meine Brüste selbst einmal im Monat
  - Ich beobachte Knoten / Schmerzen in der Brust
  - Ich leide unter sexueller Unlust
  - Ich hatte eine Gebärmutterentfernung
  - Ich habe eine Eileiterunterbindung vorgenommen
- Mein letzter PAP-Abstrich war am:
- 

### Männer

- Mein Urinstrahl ist langsam oder schwach
  - Ich habe Brennen / Ausfluss vom Penis
  - Ich habe Schwellungen / Knötchen an meinen Hoden
  - Ich leide unter Hodenschmerzen
  - Ich leide unter Impotenz / Erektionsschwäche
  - Ich leide unter sexueller Unlust
  - Ich hatte eine Prostataentfernung
  - Ich habe eine Vasektomie vorgenommen
- Meine letzte Prostatauntersuchung war am:
- 

Welches Hauptanliegen möchten Sie mit Traditionell Chinesischer Medizin angehen:

---

---

---

---