



Name: _____

Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Email: _____

Tel.: _____

1. Allgemeines: (aktuelle Beschwerden, gesundheitliche Probleme):

2. Medikamenteneinnahme: (u.a. Empfängnisverhütung, Schilddrüsentabletten,

Blutdrucksenker.....etc.)

Name: _____ Geb.Datum.: _____

3. Vorgeschichte:

- Erkrankungen innerhalb der Familie: (Mutter, Vater, Geschwister.....)

- Schwangerschaften / Geburten:

- Impfungen / evtl. Komplikationen:

- Unverträglichkeiten / Medikamente:

- Operationen?

• Alkohol:

Nikotin:

Drogen:

Name: _____ Geb.Datum.: _____

4. TCM Anamnese (trad. chin. Medizin = TCM)

- Schlaf:

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

bei Durchschlafstörungen - wann wachst Du nachts auf?

Uhrzeit _____

Träumst Du?

ja

nein

Wenn Du träumst, kannst Du dich erinnern?

ja

nein

Hast Du einen Fernseher in deinem Schlafzimmer?

ja

nein

- Emotionen:

Stimmungsschwankungen

ja

nein

Gehirnnebel

ja

nein

Konzentrationschwierigkeiten

ja

nein

depressive Verstimmungen

ja

nein

Zorn / Wut /impulsiv

ja

nein

manisch / euphorisch

ja

nein

Name: _____ Geb.Datum.: _____

ängstlich / panisch ja nein

traurig ja nein

sorgen / grübeln ja nein

Nahrungsmittel:

Verlangen:

Abneigungen:

Unverträglichkeiten: bekannt? Gestestet?

Trinken? Was ? wieviel?

Toxinbelastungen?

Schwermetalle, Zahnmaterialien, Bakterieninfektionen (Borreliose...?)

Name: _____

Geb.Datum.: _____

Kopf zu Fuß:

Kopf: (Haut, Haare, Schmerzen, Migräne)

Schwindel, Ohnmachten?

Augen: (Sehen, Gerstenkörner, Bindehautentzündunge, Schwellungen morgen, tränende Augen...)

Ohren: (Tinnitus, Entzündungen, Hören...?)

Nase / Kiefer / Strinhöhlen: (trockene Schleimhäute, verstopfte Nase, Schnupfen, Geruchsin...?)

Gesicht: (Lippen, Mundwinkel, trockene Haut, Risse, Hautausschläge Kinn /Wangen ...wenn ja wo genau?)

Zähne: (in letzter Zeit Zahnbehandlungen, Mundhygiene? Störfelder, Inplantate, Zahnfleischblutungen, Metalle / Kunststoffe, Wurzelbehandlungen....?)

Mund: (häufig Aphten, Speichelfluss, Mundgeruch?)

Name: _____

Geb.Datum.: _____

Zunge: (Belag: viel, weiß, gelblich, wenig? Risse?)

Hals: (Kloßgefühl, Schluckgefühl, Entzündungen, Lymphknoten geschwollen, ...?)

Speiseröhre / Magen: (Magenschmerzen, Aufstoßen, Sodbrennen, Völlegefühl)

Leber / Gallenblase / Bauchspeicheldrüse: (Impulsivität, nachts wach? Schmerzen im Oberbauch? Juckreiz auf der Haut? Wandernde Schmerzen? Unterzucker? Instabiler Blutzucker?)

Herz: (schneller Puls, Herzrhythmusstörungen, Schmerz, rasendes Herz?)

Brust: (jährlicher Gynbesuch? Spannungsgefühl in den Brüsten? Geschwollene Brüste?)

Lunge: (Husten, Auswurf, Atemnot..... Allergien? Traurigkeit?)

Niere / Blase / Prostata: (ständiger Harndrang, evtl. sogar nachts? Harnverhalten? Bewegungsaparat?)

Name: _____ Geb.Datum.: _____

Gebärmutter / Menstruation / Eierstöcke: (regelmäßiger Zyklus, PMS?, Myome? Zysten?)

Haut / Haare / Nägel: (brüchige Nägel, Rillen? Trockene Haare, Haut...)

Wirbelsäule / Gelenke / Knochen: (Schmerzen, evtl. wandernde; Arthrose /Arthritis
Bewegungseinschränkungen?)

Bewegung: (welche Form von Bewegung bevorzugst Du?, Wie oft bewegst Du dich pro Woche?)