

Anamnesebogen zur Akupunkturbehandlung

Datum:



Name:

Geburtsdatum

.....

☉ was gibt es für aktuelle Beschwerden/ Schmerzen/ Störungen?

☉ Hatten Sie irgendwelche Operationen, wenn ja, wo?

☉ gibt es längerwierige/ schwere Erkrankungen in der Vorgeschichte, Hepatitis, TBC, häufige Infektionen o.ä., wenn ja, welche? Wie wurden sie behandelt

☉ wie groß sind Sie?

Wie viel wiegen Sie?

☉ wie schätzen sie ihre Grundkonstitution (Leistungsfähigkeit) ein: normal, schlecht, gut?

☉ rauchen Sie? Wenn ja wie viel?

☉ Alkohol: was(Bier, Wein, Schnaps o.ä.) wie viel?

☉ welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (einschl. Schlafmittel, Mittel zur Verdauung, Vitamine, Mineralen, Pille)

☉ Leiden Sie unter Herzrasen/ Herzstolpern/ Engegefühl oder Druck in der Brust?

☉Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

☉Wie ist ihre Hautbeschaffenheit? Trocken, schuppig, feucht?

☉ wie ist ihr Temperaturempfinden? Frieren oder schwitzen sie viel?

Wenn sie schwitzen, wo besonders? Riecht der Schweiß unangenehm?

Leiden Sie unter kalten Händen oder Füßen

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?

Haben Sie eine Abneigung gegen Wind Kälte Hitze?

Haben Sie das Gefühl von heißen Handflächen, Fußsohlen oder Brustbein

☉ Ernährung:

Wie ist Ihr Appetit? normal, übermäßig, gering?

Essen sie lieber warme oder kalte Speisen ?

Essen sie lieber Salat oder gekochtes Gemüse?

Haben Sie gelegentlich Heißhunger, wenn ja, auf was?

Essen Sie viel Milchspeisen, Joghurt, Quark, Käse?

Essen Sie täglich Fleisch oder Wurst?

Haben Sie häufig einen unangenehmen Geschmack im Mund (bitter, faulig, fade, metallisch) oder leiden Sie unter Mundtrockenheit?

Haben Sie viel oder wenig Durst?

Trinken Sie lieber kalte oder heiße/warme Getränke

Trinken Sie große Mengen oder in kleinen Schlucken

Wie viel I trinken Sie täglich?

☉ Verdauung:

Wie ist ihr Stuhlgang? (fest, weich, breiig, wässrig, hell, dunkel, mit unverdauten Nahrungsbestandteilen, schleimig, übelriechend, mit Blutbeimengungen?)

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Neigen Sie zu Durchfall oder Verstopfung?

Haben Sie häufig Blähungen? Sind diese schmerzhaft?

Leiden Sie unter Völlegefühl? Magendruck?

Leiden Sie unter Haemorrhoiden?

☉ Wasserlassen:

Wie ist die Beschaffenheit des Urins: hell, dunkel, konzentriert, trübe, übel riechend?

Wie häufig müssen Sie Wasserlassen?

Haben Sie Schmerzen, Brennen, Ziehen beim Wasserlassen?

Haben Sie Probleme den Urin zu halten

Haben Sie häufig Blasenentzündungen?

☉ Menstruation:

in welchen Abständen (Tagen) bluten Sie und wie lange?

Haben Sie Beschwerden während der Blutung?

