



**Allgemeinarztpraxis Dr. med. Stefanie Scheidt  
Wandersleber Str. 2  
99192 Apfelstädt  
Tel: 036202/81914  
Fax: 036202/82891**

## **Anamnesebogen – Traditionelle chinesische Medizin**

Sehr geehrte/er Patient/in,

Vor einer Akupunkturbehandlung erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin.

Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, beantworten Sie bitte in Ruhe folgende Fragen.

Herzlichen Dank!

Datum:

Name, Vorname:

Alter:

Verheiratet/ Ledig:

Beruf:

Zahl der Kinder:

Größe:

Gewicht:

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?  
Welche therapeutischen Maßnahmen wurden bislang durchgeführt?

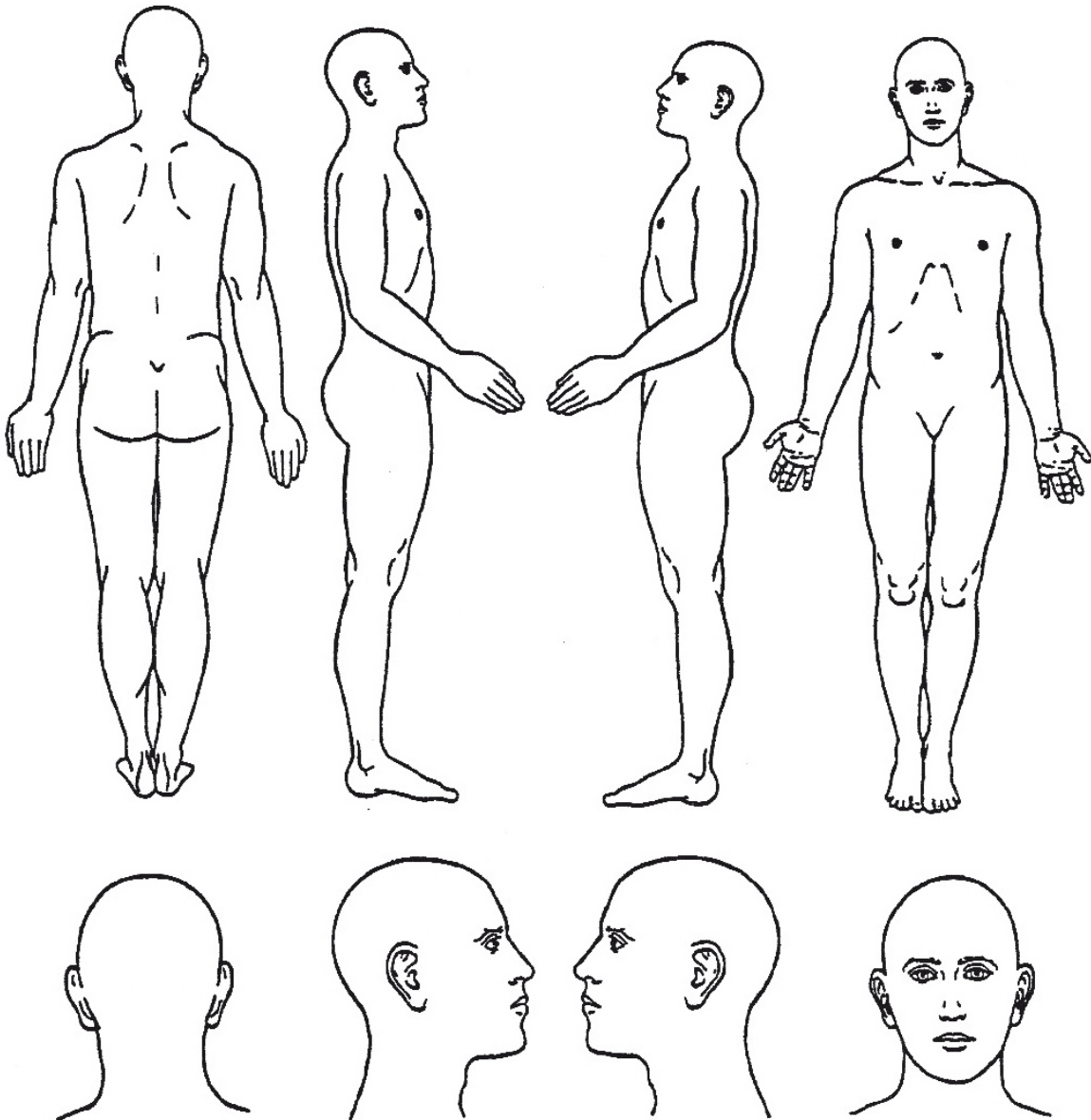
Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Operationen / Unfälle?

1. Wo haben Sie zurzeit hauptsächlich Schmerzen?

Bitte malen Sie das Schmerzgebiet in den Körperschemata aus.

2. Gibt es weitere Stellen, an denen Sie Schmerzen haben? Bitte schraffieren Sie diese Schmerzgebiete in den Körperschemata – oder benutzen alternativ eine andere Farbe.



**Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:****1 = nein/nie****2 = leicht/gelegentlich****3 = stärker / häufig****4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft****Lebensführung**

Arbeiten Sie zuviel	1 2 3 4	Alkohol	1 2 3 4
Treiben Sie Sport	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Leiden Sie unter Stress	1 2 3 4	Nikotin	1 2 3 4
Essen Sie unregelmäßig?	1 2 3 4	Drogen	1 2 3 4
Vorlieben: (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, Obst, kaltes/warmes Essen), Vegetarier.			

**Allgemeine Zeichen**

Blasses Gesicht	1 2 3 4	Durst vermindert	1 2 3 4
Allgemeine Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Durst vermehrt	1 2 3 4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1 2 3 4	Hitzewallungen	1 2 3 4
Niedriger Blutdruck	1 2 3 4	Nachtschweiß	1 2 3 4
Hoher Blutdruck	1 2 3 4		
Schwitzen an Händen/Füßen	1 2 3 4	Temperaturempfinden normal	1 2 3 4
Zugluft/Windempfindlichkeit	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu kalt	1 2 3 4
Geschwollene Hände	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu warm	1 2 3 4
Geschwollene Füße	1 2 3 4	Kalte Hände	1 2 3 4
Schweregefühl (Kopf / Beine)	1 2 3 4	Kalte Füße	1 2 3 4
Taubheitsgefühl/Kribbeln Händen oder Füßen	1 2 3 4		

**Herz**

Herzklopfen in Ruhe	1 2 3 4	Herzstolpern	1 2 3 4
Herzklopfen bei Belastung	1 2 3 4	Enge oder Druck in der Brust	1 2 3 4

**Bauch**

Wie oft haben Sie Stuhlgang am Tag	_____		
Blähungen	1 2 3 4	Darmgeräusche	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz normal	1 2 3 4	Völlegefühl	1 2 3 4
Stuhl-Konsist. weich/ungeformt	1 2 3 4	Druckgefühl im Oberbauch	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz zu hart	1 2 3 4	Übelkeit	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz zu trocken	1 2 3 4	Erbrechen	1 2 3 4
Durchfall	1 2 3 4	Aufstoßen	1 2 3 4
Verstopfung	1 2 3 4	Sodbrennen	1 2 3 4
starker Geruch des Stuhls	1 2 3 4	Appetitmangel	1 2 3 4
Afterbrennen/ Hämorrhoiden	1 2 3 4	Heißhunger	1 2 3 4
Schleim im Stuhl	1 2 3 4	Organsenkungen (z.B. Blase)	1 2 3 4
unverdaute Nahrungsreste im Stuhl	1 2 3 4		

## Mund

Mundgeruch	1 2 3 4	Zungengeschwüre (Aphthen)	1 2 3 4
Trockenheit im Mund	1 2 3 4	bitterer Mundgeschmack	1 2 3 4
Zahnfleischbluten	1 2 3 4	pappiger Mundgeschmack	1 2 3 4
Herpes der Lippen	1 2 3 4	Geschmacksverlust	1 2 3 4

## Lunge und Atmung

Infektanfälligkeit	1 2 3 4	Allergie	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe	1 2 3 4	Heiserkeit	1 2 3 4
Luftnot bei leichter Belastung	1 2 3 4	verstopfte Nase	1 2 3 4
Schwitzen in Ruhe	1 2 3 4	Schleim in Nasennebenhöhlen	1 2 3 4
Schwitzen bei Belastung	1 2 3 4	Schwäche des Geruchssinnes	1 2 3 4
Husten	1 2 3 4	trocken - bellend - schwach (betreffendes bitte ankreuzen)	
Auswurf	1 2 3 4	klar - weiß - gelb - locker - zäh	

## Haut

fettige unreine Haut	1 2 3 4	Hautausschlag	1 2 3 4
trockene Haut	1 2 3 4	Juckreiz	1 2 3 4
Brüchige Nägel	1 2 3 4	Haarausfall	1 2 3 4

## Ohr

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche	1 2 3 4	Benommenheits-Schwindel	1 2 3 4

## Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	1 2 3 4	verschwommenes Sehen	1 2 3 4
Brennen	1 2 3 4	Kontaktlinsen,(Lese)-Brille	1 2 3 4
Nacht- oder Farbblindheit	1 2 3 4		

## Gynäkologie, Zyklus und Blutung

Unregelmäßiger Zyklus	1 2 3 4
Länge des Zyklus in Tagen:	_____
Tag des Eisprungs:	_____
Ausfluss um den Eisprung	1 2 3 4
Schmerz um den Eisprung	1 2 3 4

## Ausfluss

genereller Ausfluss	1 2 3 4
Konsistenz des Ausflusses: zäh - flüssig	
Farbe des Ausflusses:	_____
wiederholte Scheideninfektion	1 2 3 4

## Blutung:

Länge der Blutung in Tagen:	_____
Blutung normal	1 2 3 4
Blutung zu schwach	1 2 3 4
Blutung zu stark	1 2 3 4
Farbe des Blutes:	
hellrot - kirschrot - dunkelrot (betreffendes bitte ankreuzen)	
Konsistenz des Blutes:	
zäh - normal - dünnflüssig	

## Gynäkologische Krankheiten:

Neigung zur Zystenbildung	1 2 3 4
Myome /Gebärmuttererkr.	1 2 3 4
Endometriose	1 2 3 4
Endometriose Grad	1 2 3 4
Operation wann?	
Regelblutungsstärke	1 2 3 4
Zysten an den Eierstöcken	1 2 3 4
Einnahme von Kortison	ja - nein
Einnahme von Hormonen	ja - nein
Wechseljahre	ja - nein

### Schmerzen bei der Blutung:

im Unterbauch 1 2 3 4 Besserung durch Wärme 1 2 3 4  
im Rücken 1 2 3 4 Besserung durch Kälte 1 2 3 4  
Brustspannung vor der Blutung 1 2 3 4 und wie viele Tage: \_\_\_\_\_

### **Wasserlassen**

Gesamtmenge des Urins: viel - normal – wenig (betreffendes bitte ankreuzen)

häufiger Harndrang 1 2 3 4 Harträufeln 1 2 3 4

Farbe des Urins: \_\_\_\_\_ Harninkontinenz 1 2 3 4

Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? \_\_\_\_\_

wiederholte Blasenentzündung 1 2 3 4

### **Rücken und Gelenkprobleme**

Kälte der Lendenwirbelsäule 1 2 3 4 Nackenschmerzen 1 2 3 4

tief sitzender Kreuzschmerz 1 2 3 4 Kopfschmerzen ganzer Kopf 1 2 3 4

schwache Lendenwirbelsäule 1 2 3 4 Stirnkopfschmerzen 1 2 3 4

Knieprobleme 1 2 3 4 Hinterkopfschmerzen 1 2 3 4

Schulderschmerzen 1 2 3 4 Schläfenkopfschmerz 1 2 3 4

Sehnenentzündungen 1 2 3 4 Migräne:

Muskelkrämpfe 1 2 3 4 Anzahl pro Woche/Monat: \_\_\_\_\_

generelle Muskelverspannung 1 2 3 4 Lokalisation: \_\_\_\_\_

Kieferverspannung 1 2 3 4 Begleiterscheinungen: \_\_\_\_\_

Zähneknirschen/Beißschiene 1 2 3 4 Auslöser: \_\_\_\_\_

Besserung durch: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

### **Bei Rücken oder Gelenkschmerzen:**

Welche Gelenke sind betroffen? \_\_\_\_\_

Anlaufschmerz 1 2 3 4 Besserung durch Bewegung 1 2 3 4

Steifigkeit 1 2 3 4 Besserung durch Ruhe 1 2 3 4

Schweregefühl 1 2 3 4 Besserung durch Wärme 1 2 3 4

Schwellungsgefühl 1 2 3 4 Besserung durch Kälte 1 2 3 4

Wärmegefühl 1 2 3 4 vermehrt bei kaltem Wetter 1 2 3 4

Schmerz mehr Nachts 1 2 3 4 vermehrt bei nassem Wetter 1 2 3 4

Schmerz mehr Tags 1 2 3 4 Schmerzen fixiert an einem Ort 1 2 3 4

springt von Gelenk zu Gelenk 1 2 3 4

Schmerz: diffus - punktuell - tief - oberflächlich (betreffendes bitte ankreuzen)

Schmerzcharakter: dumpf - ziehend - bohrend - stechend - pochend

(betreffendes bitte ankreuzen)

### **Sexualität**

Impotenz 1 2 3 4

Sexuelle Unlust 1 2 3 4

Unfruchtbarkeit 1 2 3 4

### **Gefühlsleben**

aufbrausend, leicht reizbar 1 2 3 4 grüblerisch 1 2 3 4

allgemeine innere Unruhe 1 2 3 4 traurig 1 2 3 4

Nervosität 1 2 3 4 Vergesslichkeit 1 2 3 4

Angstgefühle 1 2 3 4 Konzentrationsschwäche 1 2 3 4

niedergedrückte Stimmung 1 2 3 4 Schreckhaftigkeit 1 2 3 4

## Schlaf

Einschlafstörung	1 2 3 4	viele Träume oder Alpträume	1 2 3 4
Durchschlafstörung	1 2 3 4	Nachts unruhige Beine	1 2 3 4
Wie oft wachen Sie auf?	_____		
Nachts trockener Mund	1 2 3 4		
Morgens frühes Erwachen	1 2 3 4	Trinken Sie Nachts?	ja - nein
Ist die Nacht erholsam?	ja - nein	Essen Sie Nachts?	ja - nein
Nachtschweiß	1 2 3 4		
Nachts heiße Füße/ Füße aus der Bettdecke	1 2 3 4		

Wann fühlen Sie sich am wohlsten? (bitte unterstreichen)

morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts
Frühling	Sommer	Spätsommer	Herbst	Winter

Wann fühlen Sie sich am wenigsten wohl? (bitte unterstreichen)

morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts
Frühling	Sommer	Spätsommer	Herbst	Winter

## Vom Untersucher auszufüllen:

### 1. Zunge

Farbe: blaß – blassrot – scharlachrot – zyanetisch – gepunktet – Zungenspitze gerötet

Form: regelrecht – schmal – gedunsen – rissig – Zahneindrücke – Mittelrinne

Aussehen: befeuchtet – trocken – glänzend – lackartig – glanzlos – rau

Belag: weiß – gelb – grau – braun dick – dünn – fehlend – Landkartenzunge – trocken – feucht – feucht-klebrig

### 2. Puls

Normal, schnell, langsam                      rechts    Lu Mp Ni

Normal, oberflächlich, tief

Normal, stark, schwach                      links    He Le Ni

Normal, breit, dünn

Qualität: z.B. gespannt... schlüpfrig...

Diagnostische Kriterien    Yin/Yang    Leere/Fülle    Hitze/Kälte    Innen/Außen

Pathogene Faktoren:        Kälte    Hitze    Feuchtigkeit    Trockenheit    Wind

TCM-Syndrome:

Therapieplan: