



**Dipl.-Med. A. Jakob**

Fachärztin für Anaesthesie  
-spezielle Schmerztherapie - Neuraltherapie  
-psychosomatische Grundversorgung - Akupunktur

## Anamnesebogen – Traditionelle Chinesische Medizin

Sehr geehrte/ Patient/in,

vor einer Akupunkturbehandlung oder Therapie mit chinesischen Arzneikräutern erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen.

Herzlichen Dank!

Datum:

Name, Vorname

Alter

Beruf

Größe

Puls

Gewicht

Verheiratet / Ledig

Blutdruck

Zahl der Kinder

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Operationen /Unfälle



**Dipl.-Med. A. Jakob**

Fachärztin für Anaesthesie  
• spezielle Schmerztherapie • Neuroltherapie  
• psychosomatische Grundversorgung • Akupunktur

**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

Treiben Sie Sport  1  2  3  4

Leiden Sie unter Streß  1  2  3  4

Alkohol  1  2  3  4

Kaffee  1  2  3  4

Nikotin  1  2  3  4

Essen Sie unregelmäßig  1  2  3  4

Vorlieben: (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, kaltes / warmes Essen); Vegetarier

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

**Allgemeine Zeichen**

Blasses Gesicht  1  2  3  4

Allgemeine Abgeschlagenheit  1  2  3  4

Antriebsarm, „Startprobleme“  1  2  3  4

Appetit vermindert  1  2  3  4

Durst vermindert  1  2  3  4

Müdigkeit trotz ausreichender

Nachtruhe  1  2  3  4

Luftnot  1  2  3  4

Spontaner Schweißausbruch  1  2  3  4

Herzklopfen, Herzstolpern  1  2  3  4

Kälteempfindlichkeit  1  2  3  4

Kalte Hände  1  2  3  4

Kalte Füße  1  2  3  4

Geschwollene Hände  1  2  3  4

Geschwollene Füße  1  2  3  4

Schweregefühl (Kopf oder Beine)  1  2  3  4

Nervosität  1  2  3  4

Schlafstörungen  1  2  3  4

Neigung zu Schwindel  1  2  3  4

Taubheitsgefühl in

Händen oder Füßen  1  2  3  4

Brüchige Nägel  1  2  3  4

Schnell Erschöpft  1  2  3  4

Hitzeempfindlichkeit  1  2  3  4

Aufsteigendes Hitzegefühl  1  2  3  4

Schwitzen an Händen / Füßen  1  2  3  4

Nachtschweiß  1  2  3  4

Trockener Stuhl / Verstopfung  1  2  3  4

Dunkler, konzentrierter Urin  1  2  3  4

Durst vermehrt  1  2  3  4

Niedriger Blutdruck  1  2  3  4

Hoher Blutdruck  1  2  3  4

Zugluft- Windempfindlichkeit  1  2  3  4



### Bauch

Stuhl weich, ungeformt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Stuhl hart	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Durchfall	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Verstopfung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vermehrte Darmgeräusche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Blähneigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Druckgefühl im Oberbauch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Völlegefühl - Übelkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Aufstoßen, Sodbrennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Erbrechen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Organsenkungen (z.B.Blase)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Krampfadern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

### Mund

Mundgeruch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Trockenheit im Mund	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Herpes der Lippen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Zungengeschwüre (Aphten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bitterer Mundgeschmack	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pappiger Mundgeschmack	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

### Atmung und Infekte

Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Allergie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Luftnot in Ruhe, nachts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Luftnot bei leichten Anstrengungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Schwitzen bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Husten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Auswurf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Schwäche des Geruchssinnes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

trocken     bellend     schwach  
 klar     weiß     gelb     locker     zäh

### Haut

Fettige, unreine Haut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Trockene Haut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Hautausschlag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Ekzeme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Juckreiz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

### Wasserlassen

Wasserlassen nachts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Wenig dunkler Urin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Harnträufeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



**Dipl.-Med. A. Jakob**

Fachärztin für Anaesthesie  
• spezielle Schmerztherapie • Neuroltherapie  
• psychosomatische Grundversorgung • Akupunktur

### Rücken- und Gelenkprobleme

Tiefsitzende Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwache Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen, Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehnenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen ganzer Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirnkopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinterkopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ohr

Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Drehschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht- oder Farbenblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen, (Lese-)Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Menstruation

Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutung zu stark / schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Hormonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sexualität

Impotenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexuelle Unlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Gefühlsleben

Aufbrausend, leicht reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grüblerisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergeßlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Schlaf

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliches, sehr frühes Erwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Träume, Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts unruhige Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts heiße Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vom Arzt auszufüllen**



**Dipl.-Med. A. Jakob**

Fachärztin für Anaesthesie  
• spezielle Schmerztherapie • Neuraltherapie  
• psychosomatische Grundversorgung • Akupunktur

**Schmerz:** Dumpf, diffus, tief, bohrend, stechend, punktuell, oberflächlich, Besserung durch Wärme, Trockenheit, Kälte, Feuchtigkeit, besser tags, in Bewegung, nachts, in Ruhe, Steifigkeit, Schweregefühl, Fixiert an einem Ort, „springend“, Beginn schleichend, Beginn plötzlich

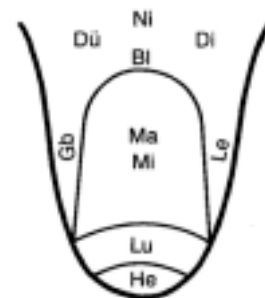
### Zunge

Zungenkörper: rosa, blaß, blau, rot, groß, klein, gedunsen, dünn, spitz, Risse

Ränder: rot, blaß, orange, geschwollen, Zahnabdrücke, Risse

Zungenbelag: dünn, weiß, fehlt, dick, feucht, trocken, gelb, schmierig

sonstiges:



### Puls

normal, schnell, langsam

normal, oberflächlich, tief

normal, stark, schwach

normal, breit, dünn

Qualität: z.B. gespannt, schlüpfzig.....

**rechts**    Lu   Mp   Ni

**links**    He   Le   Ni

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

**Pathogene Faktoren:**    Kälte    Hitze    Feuchtigkeit    Trockenheit    Wind

### TCM- Syndrome:

### Therapieplan

Akupunktur / Moxa / Schröpfen / E.-stimulation / Laser

Phytotherapie    Diätetik

