

PATIENTENINFORMATION

AKUPUNKTUR

ANAMNESE

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bitte füllen Sie die unten stehenden Fragen aus und bringen Sie das Formular zu Ihrem 1 Akupunkturtermin mit.

		HEUTE	FRÜHER			HEUTE	FRÜHER
SCHMERZEN/ ART	Kopf			Finger			
	Nacken			Hüfte			
	Schulter			Bein			
	Rücken			Knie			
	Arm			Fuss			
	Ellbogen			Zehen			
	Hand						
	Schweregefühle			Zuckungen			
	Taubheitsgefühle			Muskelschwäche			
	Lähmungen			Brüche/Deformitäten			
ALLGEMEINE SYMPTOME	Fieber			Depressiv			
	Übermässiges Schwitzen			Nervös			
	Müdigkeit			Launisch			
	Kopfschmerzen			Schnell aufgeregt			
	Schwindelgefühle			Stimmungsschwankungen			
	Schüttelfrost			vergesslich			
	Nachtschweiss			Gesichtsschmerzen			
	Schläfrigkeit			Ohnmacht			
	Kalte Hände			Schlafschwierigkeiten			
	Heisse Hände			Rastlosigkeit			
VERDAUUNG	Appetitmangel			Rülpfen			
	Esslust			Mundgeruch			
	Bauchschmerzen			Viel Durst			
	Völlegefühl			Weinig Durst			
	Übelkeit			Blähungen			
	Schluckauf			Erbrechen			
	Lockere Stühle			Aufstossen			
	Weiche Stühle			Viel Darmluft			
	Harte Stühle			Hämorrhoiden			
	Durchfall			Zungenwunden/Geschwüre			
	Verstopfung			Lippenwunden/Geschwüre			
	Blut im Stuhl			Trockener Mund			
Viel Speichel							
ATMUNG	Husten			Asthma			
	Husten mit blutigem Sputum			Heiserkeit			
	Viel Schleim			Niesanfälle			
	Atemschwierigkeiten			Schnupfen			
	Halsweh			Nasenbluten			
	Nasennebenhöhlenentzündungen			Heuschnupfen			
Nasenverstopfung							

		HEUTE	FRÜHER		HEUTE	FRÜHER
HERZ	Brustschmerzen			Brustklemmung		
	Herzklopfen			Herzrhythmusstörung		
	Krampfadern			Geschwollene Hände/Füsse		
	Geschwollenes Gesicht					
URIN	Häufiges Wasserlassen			Schmerzen beim Wasserlösen		
	Uringerüche			Steine im Urin		
	Schwierigkeiten b. Wasserlösen			Schwacher Urinstrom		
	Blut im Urin			Spärlicher Urin		
	Harndrang			Dunkler Urin		
	Reichlicher Urin			Rüber Urin		
AUGEN/OHREN	Ohrenschmerzen			Ohrensausen/Tinnitus		
	Augenschmerzen			Gerötete Augen		
	Grüner Star			Hörverlust		
	Grauer Star			Sehkraft		
	Nachtblindheit					
HAUT	Hautausschläge			Akne		
	Verfärbte Haut			Trockene Haut		
	Andere Hautveränderungen			Knoten		
	Juckreiz					
MENSTRUATION	Periodenschmerzen			Wechseljahrbeschwerden		
	Vaginal-Ausfluss			Kopfschmerzen b. Menstruation		
	Unregelmässige Menstruation					

	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie, oder haben Sie Hepatitis A,B,C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere häufige oder neu auftretende Beschwerden:
