

**Anamnesebogen – Akupunktur**

Für eine optimale Behandlung sind einige Informationen hilfreich. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz. Persönliche Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sie dienen lediglich dazu, meine Therapie zu optimieren.

**Allgemein:**

Name, Vorname:

---

Straße, Hausnr.:

---

PLZ:

Ort:

---

Geburtsdatum:

---

Telefon:

E-Mail:

---

Beruf:

---

Größe:

Gewicht:

---

Hobbys, Sport, Alltagsbeschäftigungen:

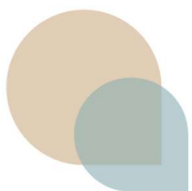
---

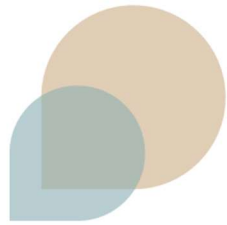
Versichertenstatus (Status + Versicherung, bei PKV bitte genauen Tarif angeben):

---

Grund des Besuchs? Welche Beschwerden/Symptome haben Sie?

---





Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

2 = leicht / gelegentlich

3 = stärker / häufig

4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

**Lebensführung:**

Arbeiten Sie zu viel	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					

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

---

Allergien/ Unverträglichkeiten:

---

Medikamente (Blutverdünner, Blutdruckmittel, etc.) / Nahrungsergänzungsmittel:

---

Alkohol, Zigaretten:

---

Bestehende Erkrankungen (z.B. Osteoporose, Herzerkrankungen, Asthma, etc.):

---

Besondere gesundheitliche Ereignisse (z.B. Vorerkrankungen, Traumata, OPs, etc.):

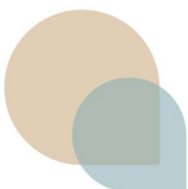
---

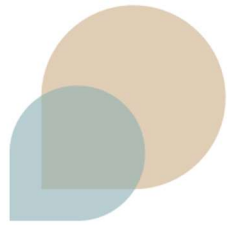
Sind Sie bereits anderweitig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung (bei wem?):

---

Bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie:

---





### Allgemeine Symptome:

Blässe	1	2	3	4	Nervösität	1	2	3	4
Abgeschlagenheit	1	2	3	4	Schlafstörungen	1	2	3	4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1	2	3	4	Neigung zu Schwindel	1	2	3	4
Appetitlosigkeit	1	2	3	4	Taubheitsgefühl (Hände/Füße)	1	2	3	4
Durst vermindert	1	2	3	4	Brüchige Nägel	1	2	3	4
Müdigkeit (trotz genug Schlaf)	1	2	3	4	Schnell erschöpft	1	2	3	4
Luftnot, Atemnot	1	2	3	4	Hitzeempfindlichkeit	1	2	3	4
Spontaner Schweißausbruch	1	2	3	4	Aufsteigendes Hitzegefühl	1	2	3	4
Herzklopfen, Herzstolpern	1	2	3	4	Schwitzen an Händen/Füßen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Kalte Hände	1	2	3	4	Trockener Stuhl/Verstopfung	1	2	3	4
Kalte Füße	1	2	3	4	Dunkler, konzentrierter Urin	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4	Durst vermehrt	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4	Niedriger Blutdruck	1	2	3	4
Schweregefühl (Kopf oder Beine)	1	2	3	4	Hoher Blutdruck	1	2	3	4
Zugluft-/ Windempfindlichkeit	1	2	3	4	Lust auf Süßes/Süßigkeiten	1	2	3	4

### Haut:

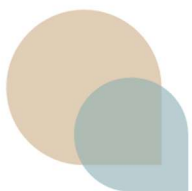
Trockene Haut	1	2	3	4	Juckreiz	1	2	3	4
Fettige Haut	1	2	3	4	Hautausschlag	1	2	3	4
Ekzeme	1	2	3	4	Unreine Haut	1	2	3	4

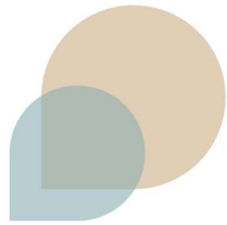
### Mund:

Zahnfleischbluten	1	2	3	4	Aphten (Geschwüre)	1	2	3	4
Mundtrockenheit	1	2	3	4	Lippen-Herpes	1	2	3	4
Verminderter Geschmack	1	2	3	4	Bitterer Mundgeschmack	1	2	3	4
Pappiger Mundgeschmack	1	2	3	4	Mundgeruch	1	2	3	4

### Augen:

Trockenheitsgefühl	1	2	3	4	Brennen der Augen	1	2	3	4
Verschwommenes Sehen	1	2	3	4	Nacht-/Farbenblindheit	1	2	3	4





### Ohren:

Hörminderung	1	2	3	4	Ohrgeräusche (Tinnitus)	1	2	3	4
Drehschwindel	1	2	3	4	Gleichgewichtsstörungen	1	2	3	4

### Wasserlassen:

Wasserlassen nachts	1	2	3	4	Häufiger Harndrang	1	2	3	4
Weniger, dunkler Urin	1	2	3	4	Harnträufeln	1	2	3	4
Harninkontinenz	1	2	3	4	Schmerzhaftes Wasserlassen	1	2	3	4

### Stuhlgang:

Stuhl weich, ungeformt	1	2	3	4	Stuhl hart	1	2	3	4
Durchfall	1	2	3	4	Verstopfung	1	2	3	4
Schmerzhafter Stuhlgang	1	2	3	4	Stuhlinkontinenz	1	2	3	4

### Atmung und Infekte:

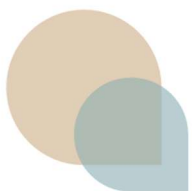
Allergien	1	2	3	4	Infektanfälligkeit	1	2	3	4
Engegefühl in der Brust	1	2	3	4	Druck auf der Brust	1	2	3	4
Luftnot in Ruhe, nachts	1	2	3	4	Luftnot bei leichter Belastung	1	2	3	4
Heiserkeit	1	2	3	4	Schwitzen bei Belastung	1	2	3	4
Schwäche des Geruchssinns	1	2	3	4	Kloßgefühl im Hals	1	2	3	4
Husten	1	2	3	4	Trocken/ bellend/ schwach	1	2	3	4
Auswurf (beim Husten)	1	2	3	4	Klar/weißlich/ gelblich/ locker/ zäh	Bitte ankreuzen			

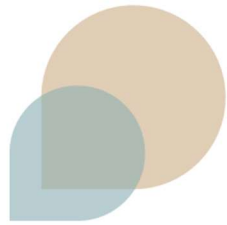
### Bauch:

Völlegefühl/ Übelkeit	1	2	3	4	Aufstoßen/ Sodbrennen	1	2	3	4
Bauchkrämpfe	1	2	3	4	Blähungen	1	2	3	4
Druckgefühl im Oberbauch	1	2	3	4	Erbrechen	1	2	3	4
Vermehrte Darmgeräusche	1	2	3	4	Organsenkungen (z.B. Blase)	1	2	3	4
Hämorrhoiden	1	2	3	4					

### Frauen – Menstruation:

Blutung zu stark	1	2	3	4	Blutung unregelmäßig	1	2	3	4
Blutung zu schwach	1	2	3	4	Ausfluss	1	2	3	4
Schmerzhaft	1	2	3	4	Menopause	1	2	3	4
Einnahme von Hormonen	1	2	3	4					





### Sexualität:

Impotenz	1	2	3	4	Sexuelle Unlust	1	2	3	4
Unfruchtbarkeit									

### Rücken-Gelenkprobleme, Schmerzen:

Tiefsitzende Kreuzschmerzen	1	2	3	4	Nackenschmerzen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule	1	2	3	4	Schwäche der Lendenwirbelsäule	1	2	3	4
Schulterschmerzen	1	2	3	4	Stirnkopfschmerzen	1	2	3	4
Knieschmerzen	1	2	3	4	Hinterkopfschmerzen	1	2	3	4
Krämpfe, Verspannungen	1	2	3	4	Halbseitiger Kopfschmerz	1	2	3	4
Sehnenreizungen	1	2	3	4	Haarausfall	1	2	3	4

### Schlaf:

Einschlafstörungen	1	2	3	4	Durchschlafstörungen	1	2	3	4
Frühmorgendliches Erwachen	1	2	3	4	Herzklopfen	1	2	3	4
Viele Träume, Alpträume	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Nachts unruhige Beine	1	2	3	4	Nachts heiße Füße	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

