



ICM

INSTITUT FÜR CHINESISCHE MEDIZIN

Um Ihnen möglichst gut helfen zu können, brauchen wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Alle Angaben werden in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) zu einem Bild verflochten, um eine individuelle Diagnose zu erstellen. Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen zu beantworten. Er ist ein wichtiger Beitrag für Ihre Gesundheitsvorsorge und weitere Behandlung. Beim ersten Besuch werden diese Blätter besprochen.



NUR BEI JA ANTWORTEN ABHAKEN



BEI UNKLARHEIT NEBEN KÄSTCHEN ANKREUZEN

### KRANKENGESCHICHTE IN IHRER FAMILIE

	<i>Sie Selber</i>	<i>Ihre Kinder</i>	<i>Ihre Mutter</i>	<i>Ihr Vater</i>	<i>Ihre Schwester</i>	<i>Ihr Bruder</i>
Verstorben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Carcinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck / Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren / Blasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen / Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Neuralgisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol / Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### KINDERKRANKHEITEN DIE SIE HATTEN / bei Impfung ein Plus davor ( + ):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masern                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten / Pertussis |
| <input type="checkbox"/> Mumps                  | <input type="checkbox"/> Diphtherie              |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung          | <input type="checkbox"/> Scharlach               |
| <input type="checkbox"/> Windpocken / Varizella | <input type="checkbox"/> Röteln / Rubeola        |

HABEN ODER HATTEN SIE ZU TUN MIT:

- |                          |                    |                          |                        |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lungenentzündung   | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsen           |
| <input type="checkbox"/> | Hautkrankheiten    | <input type="checkbox"/> | Magenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> | Tuberkulose        | <input type="checkbox"/> | Darm / Hämorrhoiden    |
| <input type="checkbox"/> | Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> | Neuralgien             |
| <input type="checkbox"/> | Milz               | <input type="checkbox"/> | Bandscheiben           |
| <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> | Malaria            | <input type="checkbox"/> | Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> | Thrombosen         | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung        |

WEITERE KRANKHEITEN ?

WAREN SIE IM SPITAL ? Warum, wann, wie lange ?

- Haben Sie Hautausschläge / Taubheitsgefühle?
- Haben Sie blaue Flecken bei leichtem Anstossen?
- Haben Sie Blutungen bei Verletzungen, die nicht leicht zu stoppen sind?
- Narben mit Taubheitsgefühl, ziehend, brennend, juckend oder auch unauffällig?
- Haben Sie Ohnmachtsanfälle / Schwarzwerden bei schnellem Aufstehen?
- Zittern Sie (z.B. Hände oder ganzer Körper )?
- Hat sich Ihre Handschrift in den letzten Wochen sehr verändert?
- Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren / erinnern?
- Haben Sie Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen?
- Fühlen Sie sich oft alleine und deprimiert / Weinen Sie oft?
- Haben Sie Schwierigkeiten sich zu entspannen / Sorgen Sie sich oft?
- Haben Sie beängstigende Träume / Gedanken?
- Sind Sie schnell verärgert / leicht zu irritieren mit Kleinigkeiten?
- Haben Sie Familien- oder Arbeitsprobleme / sexuelle Schwierigkeiten?
- Haben Sie schon an Selbstmord gedacht?
- Haben Sie psychiatrische Hilfe gesucht?
- Haben Sie 5 Kg in den letzten 6 Monaten zu / ab genommen?
- Fühlen Sie sich zu heiss / kalt?
- Haben Sie kein Interesse am Essen / immer hungrig?
- Sind Sie mehr oder weniger durstig als gewöhnlich?
- Haben Sie Schwellungen in der Achselhöhle / Leiste?
- Sind Sie dauernd müde oder leicht erschöpft?
- Treiben Sie Sport / Übungen mehr als 3 Mal die Woche?
- Trinken Sie mehr als 6 Tassen Kaffee / Cola / Schwarztee pro Tag?
- Rauchen Sie?
- Konsumieren Sie täglich Alkohol / Marihuana?
- Nehmen Sie regelmässig Schlaf- / Schmerz- / Beruhigungstabletten?
- Verwenden Sie Heroin / Kokain / LSD / Ecstasy?

- Fühlen Sie sich unwohl in der Magengegend / haben Sie Magenbrennen?
- Haben Sie einen geblähten Bauch nach Mahlzeiten / müssen Sie viel aufstossen?
- Ist ihnen schnell übel?
- Haben Sie schon einmal Blut erbrochen?
- Haben Sie Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken?
- Leiden Sie mehr als zweimal die Woche unter Verstopfung?
- Haben Sie öfters unförmigen Stuhlgang?
- Haben Sie schwarze / blutige Stuhlgänge?
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlen / Blutungen vom Rektum?
- Gehen Sie regelmässig nachts Wasserlösen?
- Gehen Sie mehr als 6mal am Tag Wasserlösen?
- Nässen Sie Unterwäsche / Bett?
- Verspüren Sie Brennen beim Wasserlösen?
- Ist Ihr Urin braun, blutig?
- Haben Sie Schwierigkeiten den Strahl zu starten / dauernd Drang zu urinieren?
- Haben Sie mehr als einmal die Woche Kopfschmerzen?
- Tragen Sie eine Brille oder Linsen/ sehen Sie verschwommen / unklar?
- Sehen Sie manchmal doppelt?
- Haben Sie oft wässrige oder trockene Augen?
- Haben Schwierigkeiten mit dem Gehör?
- Haben Sie Ohrenscherzen / Ausfluss aus den Ohren?
- Haben Sie intermittierende / permanente Geräusche im Ohr?
- Haben Sie Zahnproblemen / sensible/ schmerzhaft Zunge?
- Haben Sie geschwollenes / schrumpfendes Zahnfleisch?
- Hat sich Ihr Geschmackssinn / Geruchssinn seit kurzem verändert?
- Haben Sie eine verstopfte / laufende Nase ohne Erkältung?
- Haben Sie Niesanfälle / Nasenbluten ohne Grund?
- Sind Sie mehrere Monate hintereinander erkältet?
- Haben Sie eine heisere Stimme / Halsschmerzen ohne Erkältung?
- Haben Sie vergrösserte Rachenmandeln?
- Haben Sie Hustenanfälle?
- Sind Sie kurzatmig / brauchen Sie viele Kissen zum Schlafen?
- Haben Sie Auswurf / Husten mit blutigem Auswurf?
- Wachen Sie auf in der Nacht mit Kurzatmigkeit / Husten?
- Schwitzen Sie mehr als sonst / haben Sie Nachtschweiss?
- Haben Sie hohen Blutdruck / Schwindel?
- Haben Sie Herzklopfen?
- Haben Sie Schmerz und Enge auf der Brust?
- Sind Ihre Knöchel / Füsse geschwollen?
- Haben Sie Krämpfe in den Beinen in der Nacht / beim Laufen?
- Haben Sie ein Trauma oder Unfall erlebt?

**FRAUEN:**

- Sind Sie in der Menopause?
- Gebärmutterentfernung?
- Hatten Sie Blutungen nach Geschlechtsverkehr?
- Blutungen zwischen Menstruationen?
- Vaginaler Ausfluss / Juckreiz?
- Untersuchen Sie Ihre Brüste selbst einmal im Monat?
- Beobachteten Sie Knoten / Schmerzen in der Brust?

Letzter PAP -Test / Abstrich:

Wie oft waren Sie Schwanger:

Wieviele Kinder haben Sie geboren:

**MÄNNER:**

- Ist Ihr Urinstrahl langsam oder schwach?
- Haben Sie ein Brennen / Ausfluss vom Penis?
- Sind Schwellungen / Knötchen an Ihren Hoden?
- Haben Sie Hodenschmerzen?

Letzte Prostatauntersuchung:

**VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE:**

**LÄNDER DIE SIE IM LETZTEN JAHR BESUCHT HABEN:**

**WELCHE WEITERE THERAPIEN MACHEN SIE:**

**WELCHES HAUPTANLIEGEN MÖCHTEN SIE MIT TRADITIONELLER CHINESISCHER MEDIZIN ANGEHEN:**

**WER IST HAUSARZT /HAUSÄRZTIN, VON WELCHEN WEITERER ÄRZTEN WERDEN SIE BETREUT?**