

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____

Mobile Privat: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

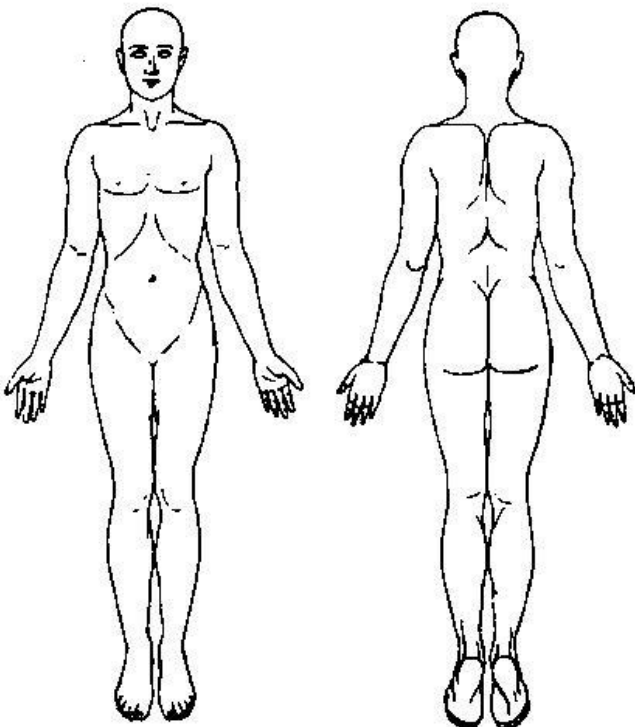
Zusatzversicherung: Ja Nein

Hauptbeschwerde(n)

Weitere Symptome

Bisherige Therapien (Name, Dauer, Erfolg)

Schmerzen



Lokalisation

Malen Sie die Schmerzregionen aus. Bei ausstrahlenden Schmerzen den Ursprungsort des Ausstrahlungsschmerzes mit einem Kreis definieren.

Intensität des Schmerzes

1 = kaum spürbarer Schmerz

10 = unerträglicher Schmerz (nur medikamentös aushaltbar)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lebensumstände

Betreiben Sie Leistungs- oder Extremsport?

Ja – Was: _____

Nein

Gewohnheiten

Rauchen

Sport-, Pflanzen-, Leistungs- oder Vitalpräparate

Alkohol

Essgewohnheit (Vegetarisch, Vegan, Diät etc.)

Kaffee

Drogen

Allgemeine Konstitution

Erhöhte Leberwerte

Koronare Herzerkrankung

Lebererkrankungen

Niereninsuffizienz

Blutgerinnungsstörungen

Dialysebehandlung

Bluthochdruck

Diabetes

Herzrhythmusstörungen

Schilddrüsenüberfunktion

HIV - Positiv

Unverträglichkeiten oder Allergien

Medikamente in den letzten 6 Monaten

Blutverdünnungsmittel (z.B. Marcoumar®, Sintrom®, Plavix®, Angiox®, Heparin o.ä.)

Seit wann: _____

Andere Medikamente: _____

Seit wann: _____

Weshalb: _____

**Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterstehen der Schweigepflicht.
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben ausgefüllten Angaben und gebe mein Einverständnis zur Behandlung nach TCM.**

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____