



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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhl hart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermehrte Darmgeräusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bauchkrämpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blähneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Mund

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mundgeruch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trockenheit im Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes der Lippen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zungengeschwüre (Aphten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bitterer Mundgeschmack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pappiger Mundgeschmack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschmacksverlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Atmung und Infekte

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftnot in Ruhe, nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftnot bei leichten Anstrengungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwitzen bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Engegefühl in der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Druck auf der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heiserkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwäche des Geruchssinnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

trocken bellend schwach
 klar weiß gelb locker zäh

Haut

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fettige, unreine Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trockene Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautausschlag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ekzeme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wasserlassen

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wasserlassen nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häufiger Harndrang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenig dunkler Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Harnträufeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Rücken- und Gelenkprobleme

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Tiefsitzende Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Schwache Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Knieprobleme | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muskelverspannungen, Krämpfe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Sehnenentzündungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kopfschmerzen ganzer Kopf | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Stirnkopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Hinterkopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Halbseitiger Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Haarausfall | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Ohr

| | | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Drehschwindel | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Augen

| | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Trockenheitsgefühl der Augen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Brennen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nacht- oder Farbenblindheit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Verschwommenes Sehen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kontaktlinsen, (Lese-)Brille | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Menstruation

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Unregelmäßig | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Schmerzhaft | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Blutung zu stark / schwach | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ausfluß | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Einnahme von Hormonen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Menopause | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |

Sexualität

| | | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Impotenz | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Unfruchtbarkeit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sexuelle Unlust | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

Gefühlsleben

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Aufbrausend, leicht reizbar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Allgemeine innere Unruhe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nervosität | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Angstgefühle | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Depression | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Niedergedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Grüblerisch | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Traurig | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Vergeßlichkeit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Schlaf

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Morgendliches, sehr frühes Erwachen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Viele Träume, Alpträume | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Herzklopfen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nachts unruhige Beine | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Nachts heiße Füße | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

Vom Arzt auszufüllen



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

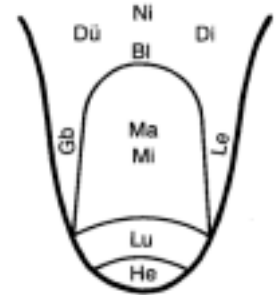
Zunge

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

rechts **Lu Mp Ni**

normal, oberflächlich, tief

normal, stark, schwach

links **He Le Ni**

normal, breit, dünn

Qualität: z.B. gespannt, schlüpfrig.....

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

