

Praxiszentrum für Chinesische Medizin

Frank Brazkiewicz, Dr. Michael Kleiser, Dr. Jens Meyer

www.die-chinesische-medizin.de

Universitätsallee 3, 28359 Bremen Telefon: 0421- 4 67 14 50 Fax: 0421-467 14 51

A. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum:/..../.....

Straße, Haus Nr.: _____ Krankenkasse: _____

PLZ und Wohnort: _____ Behandelnder Arzt: _____

Tel. priv.: _____ Tel. geschäftlich: _____ E-Mail: _____

Handy: _____ Interesse an TCM Infos per Mail? (Vorträge etc): Ja Nein

Wie haben Sie von unserem Praxiszentrum erfahren?: _____

B. Allgemeines

Beruf, Hobbies, Hausarbeit: _____

Lebensverhältnisse (*alleinstehend, verheiratet, Kinder, Haustiere*)

Allgemeines: Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Nikotin (*Zigaretten/Tag*): _____

Schlaf: gut Einschlafprobleme Durchschlafprobleme (*wann Aufwachen?*): _____

Temperaturempfinden: normal Kälteempfindlichkeit Wärmeempfindlichkeit

Füße heiß/kalt Hände heiß/kalt Hitzewallungen _____

Schwitzen: Wie: normal stark schwach **Wann:** tagsüber nachts bei Stress

bei Hitze bei Belastung **Wo:** Kopf Brust Hände Füße überall _____

Grad der inneren Unruhe (auf Skala: 0 = ruhig bis 10 = starke innere Unruhe): _____

Essen: viel Rohkost und Körner viel Milchprodukte und Käse viel Süßes

viel Mikrowellenessen Vegetarier viel Brot viel Tiefkühlkost

Trinken: Durst: gut schlecht Trinkmenge pro Tag: _____/Liter

Bevorzugung von heißen kalten Getränken viel Kaffee viel Cola, Fanta etc

Alkohol (*Art & Menge pro Tag bzw. Woche*): _____

Stuhlgang: _____ x/Tag bzw. _____ x/Woche _____

trocken breiig wässrig Blähungen normal _____

Beimengungen: Blut Schleim unverdaute Nahrungsmittel Geruch Schmerz

Urin: _____ x/Tag, _____ x/Nacht dunkel hell Schmerzen beim Wasserlassen

Inkontinenz _____

Praxiszentrum für Chinesische Medizin

Frank Brazkiewicz, Dr. Michael Kleiser, Dr. Jens Meyer

www.die-chinesische-medicin.de

Universitätsallee 3, 28359 Bremen Telefon: 0421- 4 67 14 50 Fax: 0421-467 14 51

D. Weitere gegenwärtige oder frühere Erkrankungen und Beschwerden, Operationen

(Verwenden Sie ggf den Platz auf der Rückseite des Blattes):

Veränderte Blutwerte *(erhöhte Leber- oder Nierenwerte, Blutbildveränderungen etc.)*

Wirbelsäule *(Operationen, Unfälle, Bandscheibenerkrankungen etc)*

Frühere Operationen: *(bitte Jahr angegeben inkl. Fremdkörper/Prothesen im Körper)*

Kopf/Hals *(Erkrankungen der Augen, Ohren, Nasennebenhöhlen, Mandeln)*

Zähne *(Zahnersatz, Zahnersatzmaterial, Wurzelbehandlung, Amalganentfernung)*

Lunge *(z.B. Asthma, COLD, Sarkoidose, Lungenentzündung, Letzte Röntgenaufnahme?)*

Herz-Kreislauf *(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris)*

Hauterkrankungen *(Neurodermitis, Schuppenflechte, Urticaria, Juckreiz etc.)*

Allergien *(Medikamente, Pollen, Tierhaare, Duftstoffe, Metalle, Nahrungsmittel etc.)*

Verdauungsorgane *(Erkrankungen von Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse)*

Niere/Blase *(z.B. häufige Blasen-oder Harnleiterentzündung, Nierenerkrankung)*

Weibliche Geschlechtsorgane *(Antibabypille, Prämenstruelles Syndrom, Menopause,*

Hormonpräparate, Menstruationsbeschwerden, Operationen, Geburten, Fehlgeburten, Hitzewallungen)

Männliche Geschlechtsorgane *(inklusive Prostata, Geschlechtserkrankungen)*

Bewegungsapparat *(Gelenkschmerzen, Arthrose, Rheuma, Muskelerkrankungen, Verletzungen)*

Neurologische oder Seelische Erkrankungen *(z.B. Migräne, Depressionen, Ängste etc.)*

Stoffwechselerkrankungen *(z.B. Diabetes, Schilddrüsenstörung, Fettstoffwechselstörung, Gicht)*
