



ARZTPRAXIS
Chinesische Medizin

Patientenaufnahmebogen

Stand 08.04.2016

Frank Brazkiewicz, praktischer Arzt
Hastedter Heerstraße 283, 28207 Bremen

Telefon 0421 - 43 03 88 99, Fax 0421 - 43 03 88 98

www.die-chinesische-medizin.com

A. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Behandelnder Arzt bzw. Hausarzt: _____

Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr _____ Krankenkasse: _____

Straße/Hausnummer/PLZ/Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

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

Wie haben Sie von unserem Praxiszentrum erfahren? _____

B. Allgemeines (Verwenden Sie ggf. zusätzlich den Platz auf der Rückseite)

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





Medikamente (falls mehrere Präparate: Rückseite nutzen. Inklusive Schlafmittel, Antibabypille)

1. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
2. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
3. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
4. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
5. Nehmen Sie oft Antibiotika? Ja Nein Weswegen? _____
6. Andere Medikamente bei Bedarf: _____
7. Homöopathika etc: _____

C. Hauptbeschwerden

(Bitte bringen Sie Unterlagen wie Arztbriefe oder Krankenhausberichte mit. Verwenden Sie ggf. zusätzlich den Platz auf der Rückseite.)

Ihre Beschwerden (in der Reihenfolge der Bedeutung. Inklusive: Auslösendes Ereignis? Verlauf?)

Verschlechterung oder Besserung der Erkrankung/der Beschwerden: _____

In bestimmten Tages- / Jahreszeiten: _____

durch Wärme durch Kälte durch Stress, innere Anspannung

Andere Faktoren (z.B. Nahrungsmittel, Menstruation): _____

Vorangegangene Behandlungen (inkl. Behandlungserfolg: erfolgreich, nicht erfolgreich?) _____

Narben: Haben Sie Narben am Körper? Nein Ja, wo?: _____

Für Frauen: wie verläuft ihre Regelblutung? sehr stark sehr schwach unregelmäßig

mit Schmerzen (ziehend oder krampfend) dunkles Blut helles Blut klumpiges Blut

sonstiges _____





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, örtliche Betäubung, 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)

