

Persönliche Daten 个人资料

Vor- und Nachname: 姓名		Geschlecht: 性别 <input type="checkbox"/> weiblich 女 <input type="checkbox"/> männlich 男	
Geburtsdatum: 出生日期		Nationalität: 国籍	
Straße: 街道		PLZ/Ort: 邮编/地区	
Telefonnr./privat: 电话号码(宅)		Telefonnr./dienstlich: 电话号码(办)	
E-Mail Adresse:		Unsere Newsletter Abonnieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bei welcher Krankenversicherung sind Sie selbst, bzw. mitversichert? (gesetzliche-, private- und/oder Zusatzversicherung)			
Beruf: 职业		<input type="checkbox"/> Rentner 退休	
Größe: 身高	cm	Gewicht: 体重	kg
		Körperbau: 体态 <input type="checkbox"/> schlank 瘦 <input type="checkbox"/> normal 一般 <input type="checkbox"/> beleibt 胖	
<input type="checkbox"/> ledig 单身	<input type="checkbox"/> verh. 已婚	<input type="checkbox"/> verwitwet 丧偶	<input type="checkbox"/> geschieden 离婚 <input type="checkbox"/> Kinder 子女

****Beschreiben Sie Ihre Beschwerden/Erkrankungen, die durch die Behandlung mit TCM verbessert/beseitigt werden sollen:**

您希望通过中医治疗改善或祛除那些疾病?

****Seit wann haben Sie die Beschwerden/Erkrankung und wie wurden sie bisher behandelt? 您何时患有上述疾病? 采取了哪些治疗措施?**

****Leiden Sie an: 您是否患有**

- **Hepatitis 肝炎** ja 是 Nein 否
➤ **HIV 艾滋病** ja 是 Nein 否

****Nehmen Sie: 您是否服用**

- **Marcumar 抗凝剂** ja 是 Nein 否
➤ **ASS 阿司匹林** ja 是 Nein 否

****Haben Sie**

- **Herzschrittmacher 心脏起搏器** Ja 是 Nein 否
➤ **künstliche Gelenke 人工关节** Ja 是 Nein 否

wo 在何部位 : _____

- **Knochenplatten/-schrauben 骨固定板/固定螺栓:** Ja 是 Nein 否

wo 在何部位 : _____

- **künstliche Herzklappen 人工心瓣膜:** Ja 是 Nein 否

****Frühere schwere OP oder Erkrankungen wann, welche in zeitlicher Reihenfolge:**
若曾动过大手术或患过大病,请按时间顺序说明:

****Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten 过敏或者食物耐受**

****Monatsregel 月经:** regelmäßig 准时 Ja Nein

Mit Schmerzen 经期疼痛 Ja Nein

Im Klimakterium 绝经期 Ja Nein

welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig: 您因为哪些疾病服用哪些药物?

Bluthochdruck 高血压: _____

Herzerkrankung 心脏病: _____

Diabetes 糖尿病: _____

Hohes Cholesterin 高胆固醇: _____

Schilddrüse 甲状腺疾病: _____

Rheuma 风湿病: _____

Osteoporose 骨质疏松: _____

Magen-Darm 胃肠疾病: _____

Schmerzmittel 止痛药: _____

Psychopharmaka/ Schlafmittel: _____

心理疾病药/安眠药

Psychopharmaka/ Schlafmittel: _____

心理疾病药/安眠药

Naturheilmittel 天然药物: _____

Sonstige z.B Pille, Prostata: _____

其它如避孕药, 前列腺药

****Konsumieren Sie:**

Alkohol 喝酒 Ja 是 Nein 否

Drogen 吸毒 Ja 是 Nein 否 Nikotin 抽烟 Ja 是 Nein 否

Schmerzanamnese und Bewegungsapparat 疼痛病史和运动系统

➤ Wo haben Sie Schmerzen:

➤ Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt Ja 是 Nein 否
活动是否受限

➤ Auslöser für die Schmerzen/Beweglichkeits Einschränkung
疼痛/活动受限的原因

1. Herz- und kreislaferkrankungen 心血管系统

<input type="checkbox"/> Druck im Brustkorb 胸闷	<input type="checkbox"/> Brustschmerzen 胸痛	<input type="checkbox"/> Herzstolpern 心律失常	<input type="checkbox"/> drückendes beengendes Gefühl 压榨窒息感
---	---	---	--

2. Atemsystem 呼吸系统

Husten: 咳嗽

<input type="checkbox"/> am Morgen 早晨	<input type="checkbox"/> tagsüber 日间	<input type="checkbox"/> nachts 夜间	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase 鼻塞	<input type="checkbox"/> laufende Nase 流鼻涕
<input type="checkbox"/> ohne Auswurf/ trockener Husten 无痰(干咳)	<input type="checkbox"/> mit Auswurf: 有痰	<input type="checkbox"/> dick und fest 粘稠	<input type="checkbox"/> grünlich 绿黄	<input type="checkbox"/> dünnflüssig 清稀

Atemnot Ja nein 否

3. Verdauungssystem 消化系统

<input type="checkbox"/> Magen-/Bauchschmerzen 胃痛/腹胀	<input type="checkbox"/> Magen-/Bauchblähungen 胃胀/腹胀	<input type="checkbox"/> verschlechterung nach Mahlzeit <input type="checkbox"/> Linderung nach Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit 恶心 <input type="checkbox"/> Aufstoßen 暖气	<input type="checkbox"/> sodbrennen 胃灼热, 烧心 <input type="checkbox"/> tagsüber 日间 <input type="checkbox"/> nachts 夜间
<input type="checkbox"/> Durchfall 腹泻 wie oft täglich: 每日几次:	<input type="checkbox"/> verstopfung 便秘 Wie viele Tage: 几日一行:	<input type="checkbox"/> schleimiger stuhl 大便粘液 <input type="checkbox"/> rot-blutiger stuhl 血便	<input type="checkbox"/> chronische Gastritis 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> Magen-Darmgeschwür 胃肠溃疡

4. Urologisches System 泌尿系统

<input type="checkbox"/> Unterbauschmerzen 下腹部痛	<input type="checkbox"/> schmerzen beim Wasserlassen 尿痛	<input type="checkbox"/> verminderte Harnproduktion 尿少	<input type="checkbox"/> häufiges 尿频	<input type="checkbox"/> vermehrter, unbegründeter Harndrang 尿急
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnproduktion 多尿	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung 膀胱炎	Urinfarbe 颜色 <input type="checkbox"/> klar 清 <input type="checkbox"/> gelb 黄 <input type="checkbox"/> sonstig 其它	<input type="checkbox"/> Inkontinenz 尿失禁 <input type="checkbox"/> chronisch eingeschränkte Nierenfunktion 慢性肾功能减退	

5. Neurologisches system 神经系统

<input type="checkbox"/> Schwindel 眩晕 <input type="checkbox"/> schwäche 虚弱	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen 头痛 <input type="checkbox"/> Migräne 偏头痛	<input type="checkbox"/> epileptische Anfälle 癫痫发作	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung 入睡困难 <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung 易醒
---	---	---	--

6. Stimmungslage/ Lebenssituation 您的心态情绪/生活状况

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen/stabil
平稳 | <input type="checkbox"/> überfordert/stressig
压力大紧张 |
| <input type="checkbox"/> Nervös/gereizt
易激动烦躁 | <input type="checkbox"/> Traurig
忧伤 |
| <input type="checkbox"/> Fröhlich/zufrieden
愉快满足 | <input type="checkbox"/> Ängstlich
胆怯害怕 |