

**Persönliche Daten 个人资料**

<b>Vor- und Nachname:</b> 姓名		<b>Geschlecht:</b> 性别 <input type="checkbox"/> weiblich 女 <input type="checkbox"/> männlich 男	
<b>Geburtsdatum:</b> 出生日期		<b>Nationalität:</b> 国籍	
<b>Straße:</b> 街道		<b>PLZ/Ort:</b> 邮编/地区	
<b>Telefonnr./privat:</b> 电话号码(宅)		<b>Telefonnr./dienstlich:</b> 电话号码(办)	
<b>E-Mail Adresse:</b>		Unsere Newsletter Abonnieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Bei welcher Krankenversicherung sind Sie selbst, bzw. mitversichert?</b> (gesetzliche-, private- und/oder Zusatzversicherung)			
<b>Beruf:</b> 职业		<input type="checkbox"/> Rentner 退休	
<b>Größe:</b> 身高	cm	<b>Gewicht:</b> 体重	kg
		<b>Körperbau:</b> 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
- **Dialyse 透析**  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: \_\_\_\_\_

Antiallergikum & Heuschnupfenmittel \_\_\_\_\_

Nasenspray 鼻喷剂 \_\_\_\_\_

Osteoporose 骨质疏松: \_\_\_\_\_

Magen-Darm 胃肠疾病: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel 止痛药: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abführmittel 通便药 \_\_\_\_\_

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