



Fragebogen für die Erstanamnese

Liebe Klientin, lieber Klient,
um nach den Grundsätzen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) Ihre Konstitution und den aktuellen Zustand beurteilen zu können, ist eine ausführliche Befragung wichtig. Dabei sind auch viele Körperfunktionen und -empfindungen von Bedeutung, die in der westlichen Medizin normalerweise keine Rolle spielen. Zur Vorbereitung auf unseren Termin füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus. Wenn Sie bei einzelnen Fragen unsicher sind oder Verständnisfragen haben, lassen Sie sie einfach aus. Wir gehen die Fragen im Gespräch gemeinsam durch und können offene Punkte klären.

Vielen Dank!
Martine Patzelt

Patientendaten:

Vor- und Nachname: _____

Geb.datum: _____

Tel (tagsüber): _____

Straße, Hausnr: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Mailadresse: _____

Beruf _____

aktuelle Situation? z.Bsp. Krankgeschrieben, in Wiedereingliederung etc.

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? z.B. Empfehlung, google-Suche, Instagram o.a.?

Wenn Sie über aktuelle Informationen meiner Angebote benachrichtigt werden möchten, nehme ich Sie gern in meinen E-Mail-Verteiler auf. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ja ☐ nein ☐

This image shows a full page of primary-ruled paper. It contains ten identical sets of horizontal lines arranged vertically. Each set includes three lines: a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line, providing a guide for letter height and placement in handwriting practice. The entire page is white with no margins or additional markings.





ENERGIEBEWUSSTLEBEN



OPERATIONEN/UNFÄLLE/VERLETZUNGEN?

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE?

GIBT/GAB ES SCHWERE ERKRANKUNGEN IN IHRER FAMILIE (GROSSELTERN, ELTERN, GESCHWISTER)?

ALLGEMEINES

WIE BEWERTEN SIE IHRE(N)

VITALITÄT (IN % VON 1-100%)?

APPETIT?

SCHLAF?(EIN- ODER/DURCHSCHLAFSTÖRUNG?)

BELASTBARKEIT?

KONZENTRATIONSFÄHIGKEIT?

ABWEHRKRÄFTE? WIE OFT HABEN SIE ERKÄLTUNGEN, MAGEN-/DARM-, HAUT- BZW. PILZINFEKTIONEN?

KÖNNEN SIE GUT ABSCHALTEN/ENTSPANNEN?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



GIBT ES EINE JAHRESZEIT, IN DER ES IHNEN KÖRPERLICH BESSER/SCHLECHTER GEHT?

HABEN SIE EINE VORLIEBE (+) ODER EINE ABNEIGUNG (-) GEGENÜBER

KÄLTE? _____

NÄSSE/FEUCHTIGKEIT? _____

WÄRME/HITZE? _____

TROCKENHEIT? _____

WIND? _____

GIBT ES EINE BESTIMMTE TAGES-/UHRZEIT, IN DER SIE SICH BESSER/SCHLECHTER FÜHLEN?

WIE IST IHR TEMPERATUREMPFINDEN

AUSGEGLICHEN/EHER KALT/EHER WARM?

HÄNDE (TAGS/NACHTS)?

FÜSSE? (TAGS/NACHTS?)

KALTER PO/KALTE KNIE? ___

FIEBRIGES GEFÜHL?/FIEBER? WELCHE TAGESZEIT?

SCHWITZEN SIE SCHNELL/ SCHNELL, HÄUFIG? (TAGS, NACHTS)?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



FRAGEN ZUM WANDLUNGSBEREICH ERDE

GRÖSSE/GEWICHT ?

MAGENSCHMERZEN (BRENNEND, DRÜCKEND?)

GASTRITIS?

VÖLLEGEFÜHL?

AUFSTOSSEN, SODBRENNEN?

ÜBELKEIT/ERBRECHEN?

MUNDGERUCH?

TROCKNER MUND?

ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNGEN, -BLUTEN?

BAUCHSCHMERZEN / BLÄHUNGEN?

WIE IST IHRE VERDAUUNG: REGELMÄSSIG ODER UNREGELMÄSSIG?

WIE HÄUFIG HABEN SIE STUHLGANG?

KONSISTENZ DES STUHL: BREIIG, WÄSSRIG, GEFORMT, SCHAFSKOTARTIG?

DURCHFALL / VERSTOPFUNG ?

PROBLEME BEI STUHLGANG, BRENNEN AM ANUS?

HÄMORROIDEN?

NEIGUNG ZU WASSERANSAMMLUNGEN (Z.B. MORGENS GEDUNSENES GESICHT?)

ÖDEME?

ZYSTEN / TUMORE/ PICKEL / GESCHWÜLSTE ?

NEIGEN SIE ZUM GRÜBELN?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



FRAGEN ZUM WANDLUNGSREICH HOLZ

ERKRANKUNG LEBER/GALLENBLASE?

FETTUNVERTRÄGLICHKEIT?

SCHILDDRÜSENERKRANKUNG?

MUSKELVERSPANNUNGEN?

MUSKELSCHWÄCHE?

MUSKELKRÄMPFE?

WANDERnde SCHMERZEN?

NACKEN/SCHULTERSCHMERZEN?

SEHNENPROBLEME, STEIFIGKEIT?

KOPFSCHMERZEN? ART? HÄUFIGKEIT?

MIGRÄNE?

SCHWINDEL?

TINNITUS (DER GLEICH BLEIBT BEIM OHRENZUHALTEN) ?

NERVENZUCKUNGEN? PROBLEME MIT NERVENFUNKTION?

GEFÜHL VON EINENGUNG/EINSCHNÜRUNG? (KÖRPERLICH/PSYCHISCH?)

DRUCKGEFÜHL IM OBERKÖRPER?

KLOSSGEFÜHL IM HALS?

KOLIKARTIGE SCHMERZEN?

AUGENERKRANKUNGEN, SEHSCHWÄCHE, NACHTBLIND?

ROTE, JUCKENDE, BRENNENDE, TROCKNE AUGEN, KONJUNKTIVITIS?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN

TROCKNE HAUT, SPRÖDE NÄGEL, TROCKNE HAARE/HAARAUSFALL?



WIE IST IHR BEWEGUNGSDRANG?

ÄRGERN SIE SICH SCHNELL/OFT?

KÖNNEN SIE SICH SCHNELL/GUT ENTSCHIEDEN?

FRAGEN ZUM WANDLUNGSBEREICH WASSER

NIERENERKRANKUNGEN?

BLASENPROBLEME/SCHWÄCHE? (HARNTRÄUFELN)?

NÄCHTLICHES WASSERLASSEN?

URINMENGE? (ANGEMESSEN ZUR TRINKMENGE?) __

URINFARBE/GERUCH (FARBLOS, DUNKEL?)

HABEN SIE NACHTS DURST BZW. EINEN TROCKNEN MUND?

RÜCKENSCHMERZEN? WO?

ERKRANKUNG DER KNOCHEN?

ERKRANKUNG DER WIRBELSÄULE?

ERKRANKUNG DER GELENKE (Z.B. ARTHROSE, ARTHRITIS)?

PROBLEME MIT DEN OHREN / HÖRPROBLEME/TINNITUS DER LEISER WIRD BEIM OHRENZUHALTEN?

WIE SIND IHRE ZÄHNE (KARIES, FEHLENDE ZÄHNE?)

KOPFHAARPROBLEME (AUSFALL, VORZEITIGES ERGRAUEN)?

WIE IST IHRE LIBIDO?

BESTEHT ODER BESTAND EIN UNERFÜLLTER KINDERWUNSCH?

SIND SIE EHER ÄNGSTLICH ODER MUTIG?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



FRAGEN ZUM WANDLUNGSBEREICH FEUER

HÖHE BLUTDRUCK?

HABEN SIE HERZPROBLEME?

HABEN SIE HERZKLOPFEN/HERZRASEN?

ENGEGEFÜHL/UNBEHAGEN IN DER BRUST?

HABEN SIE PROBLEME MIT DER NASE / RIECHVERMÖGEN?

GEDÄCHTNISCHWÄCHE?

FREUEN SIE SICH HÄUFIG ODER EHER SELTEN ?

FRAGEN ZUM WANDLUNGSREICH METALL LUNGENERKRANKUNGEN?

PROBLEME MIT DER ATMUNG?

ATEMNOT (BEI BELASTUNG, IN RUHE, NACHTS?)

HUSTEN (MIT/OHNE SCHLEIM)? STARK/SCHWACH

PROBLEME MIT RACHEN, NASE, NASENNEBENHÖHLEN, MANDELN (Z.B. BRONCHITIS, ERKÄLTUNGEN)?

DICKDARMERKRANKUNGEN? Z.B. COLITIS ULCEROSA, POLYPEN ?

HAUTERKRANKUNGEN?

AUSSCHLAG, EKZEME?

JUCKREIZ DER HAUT, GENITALIEN, ENTZÜNDUNGEN?

SIND SIE EHER ORDENTLICH/UNORDENTLICH?

SIND SIE OFT TRAUIG/MELANCHOLISCH?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



FRAUEN: (BITTE JE NACH ALTER ENTSPRECHENDE FRAGEN BEANTWORTEN)

WIE IST IHR ZYKLUS: REGELMÄSSIG?

DAUER DER BLUTUNG?

STÄRKE DER BLUTUNG?

WIE IST IHR MENSTRUATIONSBLUT? (HELLROT, DUNKEL, KLUMPIG, DÜNN)

BESCHWERDEN VOR ODER WÄHREND DER PERIODE?

GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN?

AUSFLUSS (FARBE, GERUCH?) / PILZE / INFEKTIONEN/JUCKREIZ ?

SCHWANGERSCHAFTEN INKL. FEHLGEBURTEN, ABTREIBUNGEN,
FRÜHGEBURTEN? -----

HABEN BZW. HATTEN SIE BESCHWERDEN WÄHREND DER WECHSELJAHRE?
WENN JA WELCHE?

NUR FÜR MÄNNER:

PROSTATAEKRANKUNGEN?

VORZEITIGE EJAKULATION, NÄCHTLICHER SAMENVERLUST,
POTENZSTÖRUNGEN?

ENERGIEBEWUSSTLEBEN



ERNÄHRUNG

WIE VIEL MAHLZEITEN NEHMEN SIE TÄGLICH EIN?

WANN/UHRZEIT?

ABSTAND ZWISCHEN MAHLZEITEN?

ESSEN SIE FLEISCH/WIE OFT?

FISCH/WIE OFT? _____

EIER/WIE VIELE ? _____

MILCHPRODUKTE? _____

WIE IST IHR DURST? _____ TRINKMENGE?

WAS TRINKEN SIE?

AUFFÄLLIGES VERLANGEN NACH KALTEN/HEISSEN GETRÄNKEN?

HEISSHUNGER?

HABEN SIE BEVORZUGTE GESCHMACKSRICHTUNGEN (+)

ODER ABNEIGUNGEN (-) :

SÜSS? _____ SALZIG? _____

SAUER? _____ BITTER? _____

SCHARF? _____

GENUSSMITTEL:

ALKOHOL, WIE VIEL, WAS?

ZIGARETTEN? SEIT WANN, WIE VIEL?

SONSTIGE DROGEN?
