

Ihr Name:

Datum:

Fragebogen vor Akupunktur

Liebe Patientin, lieber Patient,

Schön, dass Sie sich zu einer Behandlung mit Akupunktur entschlossen haben.

Wir wollen nicht nur Ihre hauptsächlichen Beschwerden, sondern Ihren gesamten Gesundheitszustand erfassen, um Sie als ganzen Menschen zu behandeln und Ihre Beschwerden nachhaltig zu heilen.

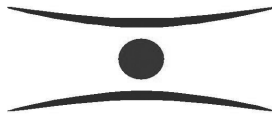
Deshalb, bitten wir Sie, die anschließenden Fragen möglichst ehrlich und spontan in Stichworten zu beantworten. Dieser Fragebogen, den wir mit Ihnen besprechen werden, ist ein wichtiger Teil unseres ganzheitlichen Konzeptes.

Wenn Ihnen der Fragebogen zugemailt wurde, drucken Sie ihn bitte aus und faxen oder schicken ihn ausgefüllt **vor** der ersten Behandlung an unsere Praxis unter 0821-606 903 oder – wenn nicht möglich – bringen ihn ausgefüllt zur ersten Behandlung mit.

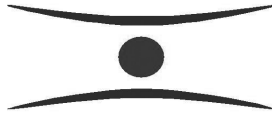
Er wird **streng vertraulich** behandelt und an **niemanden** weitergegeben.

Bitte tragen Sie hier Ihre Antworten ein oder unterstreichen Sie das Zutreffende.

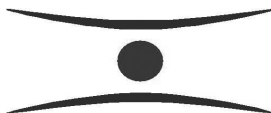
Welche Beschwerden führen Sie zu uns?
Wie stark sind sie auf einer Skala von 1-10?
Seit wann und wie oft treten die Beschwerden auf? ständig oder bei Belastung
Welche Einschränkungen haben Sie im Alltag ?
Bisherige Therapie: keine – oder: Physiotherapie, Spritzen, Medikamente, Massage, Behandlung beim Orthopäden, Krankengymnastik am Gerät, Eigentherapie mit Wärme/Salben, Fitnesstraining, Behandlung beim Heilpraktiker, Manuelle Therapie, Akupunktur bei..... Osteopathie bei.....
Leiden oder litten Sie früher unter einer der folgenden Erkrankungen ? Hoher Blutdruck, Herzerkrankung, Schlaganfall, Nieren- oder Gefäßerkrankung Lungenerkrankung, Asthma, Allergie, Schnarchen Magen-Darm, Reflux, Verdauungsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Nahrungsunverträgl. neurologische Erkrankung, Schwindel, Ohrgeräusch, Hör- oder Sehstörungen, Osteoporose / häufige Knochenbrüche, Arthrose Erkrankung im Zahn-, Kiefer-, Gesichtsbereich Stoffwechsel: Diabetes, Schilddrüse, Gicht Schwitzen, Nachtschweiß, Hitzewallungen



Krebserkrankungen
Leiden oder litten Sie früher unter Gemütsstörungen : Depression, Traurigkeit, Stimmungsschwankungen Störungen von Schlaf, Appetit, Ausdauer, Konzentration und Merkfähigkeit Probleme mit Partner, Familie, Arbeit
Schmerzen oder Beschwerden im Bereich von Kopf, Hals-, Brustwirbelsäule, Rippen, Lendenwirbelsäule, Becken, Hüfte, Knie, Fuß, Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Steißbein, sonstige:.....
Medikamente : Welche nehmen Sie ein?
Operationen : Was und wann?
Allergien : Leiden Sie darunter? haben Sie Medikamente nicht vertragen?
Was erwarten Sie von der Therapie?
Haben Sie durch ihre Erkrankung eine Vorteil?
Sport, Beruf und Soziales :
Sport : Was, wie oft und wie viele Stunden?
Welchen Beruf üben oder übten Sie aus? Welchen Ihre Partnerin / Ihr Partner?
Leben Sie in Partnerschaft ? Verheiratet, In Partnerschaft lebend, allein lebend, geschieden, verwitwet
Kinder : wie viele, wie alt?
Geburten : Anzahl: spontan oder Kaiserschnitt? Wie verliefen die Geburten?
Hatten Sie schwere Krankheiten, Unfälle, Verletzungen ? Waren sie länger im Krankenhaus? (auch in der Kindheit)
Aktuelle Belastungen : Stress im Beruf, Schule/Studium, Beziehungsprobleme Stress mit den Kindern, den Eltern Andere:
Hatten Sie jemals ein stark belastendes oder schreckliches Erlebnis wie: Todesfall, Unfall, Verletzung,



Schwangerschaft oder Geburt, Kränkungen, Entwertungen, Bestrafungen Scheidung der Eltern, Alkoholmissbrauch innerhalb der Familie Gewalterfahrung, Vernachlässigung, Missbrauch
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
Alkohol: Wie viel trinken Sie pro Tag?
Haben Sie geregelten Stuhlgang ?
Wie oft gehen Sie nachts zur Toilette ?
Schnarchen Sie? Wurde über Atemaussetzer berichtet?
Hatten Sie in den letzten 12 Monate eine Fernreise unternommen? wenn ja, wohin und wie lange?
Wann erhielten Sie die letzten Impfungen ?
Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit.
Ernährung:
Was essen sie hauptsächlich?
Was trinken Sie hauptsächlich
Wie viel Süßes essen Sie?
Was und wie häufig essen Sie zwischendurch?

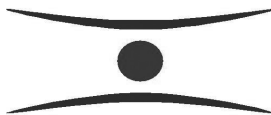


Fragen zum Wohlbefinden:

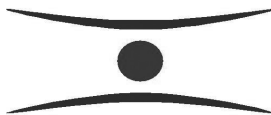
Diese Fragen geben tiefen Einblick in Ihr psychisches Befinden. Dies ist wichtig, da die Psyche und der Körper ein eng verbundenes Ganzes sind. Nur wenn beides erfasst und behandelt wird, kann Gesundheit entstehen. Selbstverständlich sind diese Angaben freiwillig und werden ebenfalls streng vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie diese Fragen, wie sie **in den letzten zwei Wochen** zugetroffen haben, indem Sie die Zahl der zutreffenden Zeile markieren.

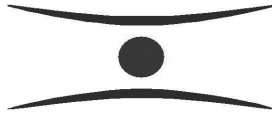
A	1			Trauer: Ich fühle mich <i>nicht</i> traurig.
		2		Ich fühle mich traurig.
			3	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
			4	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
B	1			Zukunftssicht: Ich sehe <i>nicht</i> besonders mutlos in die Zukunft.
		2		Ich sehe mutlos in die Zukunft.
			3	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
			4	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und das die Situation nicht besser werden kann.
C	1			Versagen: Ich fühle mich <i>nicht</i> als Versager
		2		Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
			3	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge
			4	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein
D	1			Genuss: Ich kann die Dinge <i>genauso</i> genießen wie früher.
		2		Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
			3	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
			4	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
E	1			Schuldgefühle: Ich habe <i>keine</i> Schuldgefühle .
		2		Ich habe häufig Schuldgefühle.
			3	Ich habe fast immer Schuldgefühle.
			4	Ich habe immer Schuldgefühle
F	1			Bestraft: Ich habe <i>nicht</i> das Gefühl, gestraft zu sein.
		2		Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
			3	Ich erwarte, bestraft zu werden.
			4	Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören.
G	1			Enttäuschung: Ich bin <i>nicht</i> von mir enttäuscht .
		2		Ich bin von mir enttäuscht.
			3	Ich finde mich fürchterlich.
			4	Ich hasse mich.



H	1			Kritik: Ich habe <i>nicht</i> das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
		2		Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler oder Schwächen.
			3	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
			4	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
I	1			Selbstmord: Ich denke <i>nicht</i> daran, mir etwas anzutun.
		2		Ich denke manchmal an Selbstmord , aber ich würde es nie tun.
			3	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
			4	Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
J	1			Weinen: Ich weine <i>nicht</i> öfter als früher.
		2		Ich weine jetzt öfter als früher.
			3	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
			4	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	1			Reizbarkeit: Ich bin <i>nicht reizbarer</i> als sonst.
		2		Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
			3	Ich fühle mich dauernd gereizt.
			4	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	1			Sozialer Kontakt: Ich habe <i>nicht</i> das Interesse an anderen Menschen verloren.
		2		Ich interessiere mich jetzt weniger für andere Menschen als früher.
			3	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
			4	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	1			Entscheidungen: Ich bin so entschlussfreudig wie früher.
		2		Ich schiebe jetzt meine Entscheidungen öfter als früher auf.
			3	Es fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
			4	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	1			Aussehen: Ich habe <i>nicht</i> das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
		2		Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
			3	Ich habe das Gefühl, dass in meinem Äußeren Veränderungen eingetreten sind die mich unattraktiv machen
			4	Ich finde mich hässlich.
O	1			Arbeit: Ich kann so gut arbeiten wie früher.
		2		Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
			3	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
			4	Ich bin unfähig zu arbeiten.



P	1			Schlaf: Ich schlafe so <i>gut</i> wie sonst.
		2		Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
			3	Ich wache ein bis zwei Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
			4	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	1			Müdigkeit: Ich ermüde <i>nicht</i> schneller als sonst.
		2		Ich ermüde schneller als früher.
			3	Fast alles ermüdet mich.
			4	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	1			Appetit: Mein Appetit ist <i>nicht</i> schlechter als sonst.
		2		Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
			3	Mein Appetit hat stark nachgelassen.
			4	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
S	1			Gewicht: Ich habe in letzter Zeit <i>kaum</i> abgenommen .
		2		Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
			3	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
			4	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
				Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: 1. ja: 2. nein:
T	1			Gesundheit: Ich mache mir <i>keine</i> größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
		2		Ich mache mir Sorgen um körperliche Probleme, wie z.B. Schmerzen, Magen-beschwerden oder Verstopfung.
			3	Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
			4	Ich mache mir so große Sorgen um meine gesundheitlichen Probleme, dass ich an nichts anders mehr denken kann.
U	1			Sexualität: Ich habe in letzter Zeit <i>keine</i> Veränderungen meines Interesses an Sex bemerkt.
		2		Ich interessiere mich jetzt weniger für Sex als früher.
			3	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
			4	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.



Weitere Fragen:						
Wie verlief die Zeit als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war? und wie war Ihre Geburt , also als Sie geboren wurden?						
Bitte kreuzen Sie das zutreffende an:	nie	kaum	etwas	mittel	ja	sehr stark
Fragen an Frauen						
Der Geschlechtsverkehr ist schmerzhaft						
Ich habe eine unregelmäßige Monatsblutung oder Zwischenblutungen						
Ich verliere ein paar Tropfen Urin beim Lachen, Husten oder Niesen						
Fragen an Männer						
Meine Erektion und Potenz ist vermindert						
Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen, wie nicht hinauszögern können, schwacher Strahl, pressen müssen						
Was Sie für sich tun, dass es Ihnen gut geht und Sie sich gut fühlen						
Was hält Sie gesund, was ist gut in Ihrem Leben, was soll so bleiben?						
Was tun Sie regelmäßig für Ihre Gesundheit?						
Was tun Sie schon, wenn Sie sich schlecht oder niedergeschlagen fühlen?						
Was tun Sie bei Stress oder Ärger, privat / beruflich						
Was tun Sie für Ihre Partnerschaft / Beziehung						
Von wem wurden Sie zu uns geschickt oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam?						