



TCM-Fragebogen

Name _____

Straße / Ort _____

Tel.nr. / E-Mail _____

Beruf / Alter _____

Was führt Sie zu mir?

Allgemeine Informationen

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel? _____

Betreiben Sie Sport? Regelmäßig unregelmäßig

Welchen? _____

Allergien/ Unverträglichkeiten?

Medikamente, die sie zurzeit einnehmen bzw. über längeren Zeitraum eingenommen haben

Bisherige und aktuelle Erkrankungen (bitte auch wiederholende Erkrankungen anführen)?

Operationen?

Allgemeines Befinden

Vital/leistungsfähig antriebslos müde erschöpft unruhig

Verschlechtert sich Ihr Befinden bei:

Kälte Feuchtigkeit Trockenheit Wind Wärme/Hitze

Stress Müdigkeit

Augen

Sind sie nachtblind oder sehen sie schlecht am Abend? Ja Nein

Ist grelles Licht oft unangenehm? Ja Nein

Haben Sie gerötete oder leicht tränende Augen? Ja Nein
Sind ihre Augen trocken? Ja Nein

Atmung / Atemwege

Ist ihre Nase.... eher trocken? oft verstopft? Rinnt sie häufig?

Haben sie Probleme.... beim Einatmen beim Ausatmen

Seufzen sie häufig? Ja Nein

Chronischer Schnupfen / Neben- oder Stirnhöhlenentzündung?

Leiden sie öfters an

Halsschmerzen? Trockenem Husten?
Trockenem Hals? Husten mit Schleim?

Haut, Haare, Nägel

Ist Ihre Haut: Eher trocken? Eher fettig/schnell fettend? Normal?
Bekommen Sie sehr leicht blaue Flecken? Ja Nein
Haben Sie Krampfadern? Ja Nein
Ist ihr Haar: Eher trocken? Eher fettig? Normal?
Sind Ihr Nägel: brüchig weich normal

Arme / Hände / Füße – Haben sie eher....

Kalte Hände? Kalte Füße? Kalte Hände und Füße?

Taubheitsgefühle bzw. „eingeschlafene“ Arme oder Beine?

Sind sie zittrig?

öfters Knieschmerzen?

Appetit

Haben Sie: eher viel Appetit eher wenig Appetit normal

Sind Sie müde nach dem Essen?

Leiden Sie an Völlegefühl nach dem Essen? Übelkeit nach dem Essen?

Durst

viel Durst wenig Durst Durst, aber zu faul zu trinken Kein Durst

Bevorzugen Sie kalte Getränke warme Getränke

Haben Sie rissige Lippen?

Trinken Sie Kaffee Kräutertees Alkohol Wasser Wasser mit Kohlensäure

Mundgeschmack

sauer bitter süß/klebrig scharf salzig

Bevorzugte Geschmacksrichtung

sauer bitter süß/klebrig scharf salzig

Abgelehnte Geschmacksrichtung

sauer bitter süß/klebrig scharf salzig

Verdauung

Haben Sie öfter Durchfall Verstopfung Verdauung normal

Durchfall und Verstopfung abwechselnd (beides trifft zu)

Blähungen? Bauchschmerzen?

Völlegefühl?

Ist Ihr Stuhl

übelriechend schmierig trocken „kommt nicht alles raus“

Harn

Ist ihr Harn eher dunkel eher hell nicht zu dunkel, nicht zu hell

Harnmenge Viel und klar wenig und konzentriert

Öfters als 6x/Tag?

Schlaf

Schlafen Sie gut ein Ja Nein

Schlafen Sie die Nacht durch Ja Nein

Warum nicht? Aufs WC gehen „Gedankenkarussell“

Falls nicht um wieviel Uhr wachen Sie öfter auf _____ Uhr

Kommen Sie in der Früh gut aus dem Bett? oder stehen Sie schwer auf?

Menstruation

Regelmäßig zu früh, mehr als 7 Tage zu spät, mehr als 7 Tage

Haben Sie Kinder? Ja Nein Wie viele?

Verspannungen - Krämpfe - Schwitzen - Antrieb

Leiden Sie öfters an Verspannungen oder Krämpfen ?

Kommen Sie leicht ins Schwitzen oder leiden sie an spontanen Schweißausbrüchen?

Schwitzen Sie in der Nacht? Ja Nein

Schwitzen Sie an Händen und Füßen? nur Handflächen nur Fußsohlen

Fühlen Sie sich oft antriebslos Ja Nein



Welche der hier aufgelisteten Emotionen trifft auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich!)

- Ängstlichkeit / Angst
- Ärger / Stress
- Grübeln / Besorgt Sein
- Übermäßige Freude
- Traurigkeit

Welche Lebensmittel essen Sie SEHR GERNE?

Welche Lebensmittel mögen Sie GAR NICHT?

Ich nehme zur Kenntnis, dass Ernährungsempfehlungen nur zu nicht-medizinischen Zwecken erteilt werden - eine Behandlung von Krankheiten muss durch einen Arzt erfolgen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Meine Beschwerden wurden medizinisch abgeklärt.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die allgemeinen Geschäftsbedingungen bzw. die Hausordnung nehme ich zur Kenntnis.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sämtliche Aussagen und Ratschläge sind keine Diagnosen, sondern stellen reine energetische Zustandsbeschreibungen dar

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben, außer an Ihren behandelnden Arzt oder die bewilligende Krankenkasse.

Datum/Unterschrift: _____