



## Eintrittsfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem ersten Termin aus.

### Personalien

Anrede  Frau  Herr

Name  Vorname

Geburtsdatum

Strasse Nr.

PLZ/Ort

E-Mail  Telefon

Zusatzversicherung Krankenkasse  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

### Hauptbeschwerde

z.B. Rückenschmerzen, Schlafstörungen usw.

**Beschreiben Sie die Beschwerde. Seit Wann? Wodurch (Auslöser) und Wie (stechend)? usw.**



**Um die Anamnesen zu ergänzen, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Stichworte an:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hitzegefühl          | <input type="checkbox"/> Kältegefühl/Frieren  | <input type="checkbox"/> Bevorzugen Sie Kälte           |
| <input type="checkbox"/> Bevorzugen Sie Wärme | <input type="checkbox"/> Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss                  |
| <input type="checkbox"/> Trockener Mund       | <input type="checkbox"/> Husten               | <input type="checkbox"/> Auswurf gelb/grün              |
| <input type="checkbox"/> Atemnot              | <input type="checkbox"/> Fieber               | <input type="checkbox"/> Migräne                        |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen        | <input type="checkbox"/> Schwindel            | <input type="checkbox"/> Augenflimmern                  |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus             | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit      | <input type="checkbox"/> Haarausfall                    |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen            | <input type="checkbox"/> Druck auf Brust      | <input type="checkbox"/> Herzklopfen                    |
| <input type="checkbox"/> Heiss hunger         | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit     | <input type="checkbox"/> Magenbrennen                   |
| <input type="checkbox"/> Blähungen            | <input type="checkbox"/> Völlegefühl          | <input type="checkbox"/> Verstopfung                    |
| <input type="checkbox"/> Durchfall            | <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlösen | <input type="checkbox"/> Trüber Urin                    |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung     | <input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz     | <input type="checkbox"/> Häufiges nächtliches Urinieren |
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörung     | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung   | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                      |
| <input type="checkbox"/> Pollenallergie       | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen     | <input type="checkbox"/> Asthma                         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> Epilepsie            | <input type="checkbox"/> HIV                            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Rheumaleiden         | <input type="checkbox"/> Venenbeschwerden               |
| <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche       | <input type="checkbox"/> Zittern                        |

**Emotionen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Traurig/Depressiv       | <input type="checkbox"/> Ängstlich/Schreckhaft |
| <input type="checkbox"/> Zornig/Wütend/Gereizt   | <input type="checkbox"/> Unruhig/Nervös        |
| <input type="checkbox"/> Lebensfroh/Optimistisch | <input type="checkbox"/> Vergesslich           |
| <input type="checkbox"/> Sorgenvoll              |  |

**Frauen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Menstruation | <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Klumpen im Blut                | <input type="checkbox"/> Zu starke Blutung                  |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden PMS | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen                    |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten         | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion         |
| <input type="checkbox"/> Verhütung                      | <input type="checkbox"/> Sind Sie zurzeit Schwanger         |



**YanZi TCM**

Traditionelle Chinesische Medizin

**Männer**

- Prostatavergrößerung  
 Störung der Sexualfunktion

- Hodenschmerzen  
 Geschlechtskrankheiten

**Operationen Wann? Was?**

[Greyed-out text area for surgical history]

**Aktuelle Medikamente (Blutverdünnung usw.)**

[Greyed-out text area for current medications]

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Treiben Sie Sport?

Ja

Nein

**Bemerkungen**

[Greyed-out text area for remarks]

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

[Greyed-out text area for source of referral]

Empfehlung, Bekannte, Internet, Google, Werbung usw.

**Besten Dank für Ihre Mithilfe**

Ort, Datum

[Greyed-out text area for location and date]

Unterschrift

[Greyed-out text area for signature]