

Fragebogen zu Ihrem Gesundheitszustand

(Traditionelle Chinesische Medizin)



TCM Ming Dao



TCM Gelber Kaiser

Wie kann man über 100 Jahre alt werden, ohne sich erschöpft zu fühlen?

-Zitat des Buches „Gelber Kaiser für Innere Medizin“ vor 2800 Jahren-

Patienten-Fragebogen

Name 姓:

Geb. Datum 生日:

Vorname 名:

Adresse 地址:

Alle Krankheiten entwickeln sich über drei Stufen

1.Stufe: Disharmonie zwischen Körper und Seele in der Anfangsphase. (早期身心失衡)

2.Stufe: Funktionsstörungen der Organe ohne Befunde. (非诊断性脏腑功能紊乱)

3.Stufe: Krankheitsdiagnose durch den Hausarzt oder Spezialisten. (诊断性疾病)

Wie kann man 100 Jahre alt werden, ohne sich erschöpft zu fühlen?

(Zitat des Buches „Gelber Kaiser für Innere Medizin“ vor 2800 Jahren)

Um dieses Ziel zu erreichen, sollte man Krankheiten, wenn möglich auf der ersten Stufe behandeln.

Dieser **Fragebogen** ist auf den oben erwähnten drei Stufen aufgebaut. Wir bitten Sie die folgenden Fragen genau durchzulesen und zu beantworten.

Hauptfragen

1. Welches sind Ihre Hauptbeschwerden? (主要症状) _____

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden? (病程时间) _____
3. Was löst diese Beschwerden aus? (发病因素) _____

4. Wann werden diese Beschwerden ausgelöst? (Tages/Nachtzeit) ? (何时发病) _____
5. Wodurch erfahren Sie Besserung? (好转因素) _____

Erste Stufe: 早期身心失衡

Disharmonie zwischen Körper und Seele in der Anfangsphase

- 1. Welche der folgenden Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?(家族史)** 是 否
JA NEIN
- Kreislauferkrankungen z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris?
(心血病:高血压, 心梗, 心绞痛) Welche? _____
 - Lungenerkrankungen z.B. Asthma, Heuschnupfen?
(肺病:哮喘, 过敏症) Welche? _____
 - Nieren- und Unterleibserkrankungen?
(肾和下腹腔病) Welche? _____
 - Verdauungserkrankungen z.B. Gastritis, M. Corhn?
(消化病:胃炎, 结肠炎) Welche? _____
 - Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes
(新陈代谢病:糖尿病) Welche? _____
 - Gelenk-, Wirbelsäulen- und Rheumaerkrankungen z.B. Fibromyalgie?
(关节脊椎风湿病:肌痛) Welche? _____
 - Neurologische Erkrankungen z.B. Schlaganfall?
(神经病:中风) Welche? _____
 - Psychische Leiden z.B. Depressionen?
(心理病:压郁症) Welche? _____
 - Psychiatrische Erkrankungen z.B. Schizophrenie?
(精神病:精神分裂症) Welche? _____
 - Übertragbare Infektionskrankheiten z.B. HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten?
(传染性病:爱滋病, 肝炎, 性病) Welche? _____
 - Andere Krankheiten z.B. Krebs, Oestoporose, HNO, Venenbeschwerden, Hauterkrankungen
(其它病:癌症, 骨质疏松病, 五官-皮肤和静脉疾病) Welche? _____

2. Die klimatischen Faktoren in Ihrem Arbeitsumfeld und zu Hause (生活工作环境)

- Durchzug/Wind (风)
- Feuchtigkeit (湿)
- Trockenheit (燥)
- Hitze (热)
- Kälte (寒)

3. Ihre Lebensgewohnheiten (生活习惯)

- Rauchen Sie? (吸烟? 数量) Wie oft? _____
- Trinken Sie Alkohol? (饮酒? 量和次数) Wie viel & häufig? _____
- Nehmen Sie Drogen? (吸毒? 哪种和数量) Welche & wieviel? _____
- Treiben Sie Sport? (运动? 哪种和每周次数) Was & wie häufig? _____

是 否
JA NEIN

4. Häufige Emotionen (情志)

- | | | | |
|---------------------|-----|--------------------------|--------------------------|
| • zornig | (怒) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • niedergeschlagen | (抑) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • innerlich unruhig | (躁) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • freudig | (喜) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • sorgenvoll | (忧) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • traurig | (悲) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ängstlich | (怕) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • schreckhaft | (恐) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Ihr Allgemeinzustand (一般状态)

- | | | | |
|--|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Müdigkeit | (疲劳) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Appetit und Durst | (胃纳和口渴) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Übermässiger Appetit | (超常食欲) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Appetitlosigkeit | (胃纳欠佳) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hungergefühl ohne Appetit | (饿而无食欲) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durst mit viel Trinken | (渴而多饮) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durst ohne das Bedürfnis zu trinken | (渴而无饮欲) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Schwitzen | (汗津) | | |
| • Spontane Schweissausbüche | (自汗) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nachtschweiss | (盗汗) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lokalisierter Schweiss (an bestimmten Körperstellen) | (局部出汗) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kälte/Hitzeempfindung | (寒热感觉) | | |
| • Bevorzugen Sie Wärme | (喜温) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bevorzugen Sie Kälte | (喜凉) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Ihre Schmerzen (疼痛)

- | | | | |
|---|------|--------------------------|--------------------------|
| Am ganzen Körper? | (全身) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An bestimmten Körperstellen? Wo? (局部疼痛?; 部位?) _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|
| Wie fühlt sich der Schmerz an? | (疼痛性质) | | |
| • schneidend | (割痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • bohrend | (钻痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • blitzartig | (闪痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • brennend | (灼痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • stechend | (刺痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • krampfartig | (绞痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • dumpf | (隐痛) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zweite Stufe: 非诊断性脏腑功能紊乱

Organfunktionsstörungen ohne Befund

		是	否
		JA	NEIN
1. Herz-Kreislauf System (脏腑-心小肠)			
• Herzklopfen	(心悸)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Druck auf der Brust	(胸闷)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzschmerzen ohne Befund	(胸痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gefühl des Unbehagens	(不适感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Extreme Träume	(多梦)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachts durch Lärm gestört	(易醒)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atembeschwerden durch Anstrengung	(气促)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nieren-Blasen System (脏腑-肾膀胱)			
• Wacklige Zähne	(齿松)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Störungen der Sexualfunktionen	(性功能障碍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sterilität	(不孕症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kältegefühl in der Lendengegend	(腰区寒凉感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Winter	(见于冬天)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja im Sommer	(见于夏天)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schmerzen in der Lendengegend	(腰区疼痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häufiges Brennen und Schmerzen beim Wasserlösen	(尿灼痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urininkontinenz	(尿失禁)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nächtliches Wasserlösen, wenn ja, wie oft? _____	(夜尿/次数)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Milz-Magen System (脏腑-脾胃)			
• Schweregefühl im Kopf (Benommenheit)	(头重)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schweregefühl wie Blei in den Beinen	(足沉)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zahnfleischbluten	(牙龈出血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Saures Aufstossen	(反酸)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Übelkeit	(恶心)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erbrechen	(呕吐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magenbrennen	(胃灼痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blähungen	(腹胀)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bauchschmerzen	(腹痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Linderung durch Druck	(压后痛减)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Verschlimmerung durch Druck	(压后痛增)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stuhlgang:	(大便)		
Entleeregefühl nach dem Stuhl	(便后排空感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	(便秘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart	(便硬)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geformt (trocken oder weich)	(大便成形)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	(腹泻)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeformt	(便稀)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		是 JA	否 NEIN
Wässrig	(水便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit unverdauter Nahrung	(含未消化物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut im Stuhl	(血便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarz	(黑便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Organsenkung (Gebärmutter, Magen, Blase)	(脏器下坠:子宫, 胃, 膀胱)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lungen-Dickdarm System (脏腑-肺大肠)

• Tiefende Nase	(流涕)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verstopfte Nase	(鼻塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häufige Erkältung	(感冒)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber mit Frösteln	(热伴冷颤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atemnot/Keuchen	(气促)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwache Atmung	(气弱)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Husten am Tag	(昼咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Husten in der Nacht	(夜咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auswurf: dünn / zäh Welche Farbe? _____	(痰:稀/浓 /色)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Leber-Galleblasen System (脏腑-肝胆)

• Schwindel	(头晕)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenflimmern	(眼花)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bitterer Mundgeschmack	(口苦)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• krampfartig bewegende Sehnen und Muskeln	(筋挛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Taubes, schwaches Gefühl in den Beinen	(肢麻)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Völlegefühl in der Rumpfgegend	(肋胀)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Juckende Geschlechtsteile	(阴痒)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Menstruationsbeschwerden (经期)

• Die erste Menstruation im Alter von? _____	(初潮)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Unregelmässiger Zyklus	(失调)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zu starke Blutung	(血多)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zu schwache Blutung	(血少)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutung mit Klumpen Bildung	(血块)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dunkle Blutung	(血暗)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Helle Blutung	(血淡)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausfluss	(白带)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Alle fünf Systeme (五脏系统)

• Erschöpfungsgefühl	(衰竭)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vergesslichkeit	(健忘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schlaflosigkeit	(失眠)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Kopfschmerzen	(头痛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andauerndes Kältegefühl (Hände und Füße)	(寒感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andauerndes Hitzegefühl (Hände und Füße)	(熱感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		是 JA	否 NEIN
a) Augen (眼)			
•	Beeinträchtigt Sehvermögen (视弱)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Chronische Entzündung (炎症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Trockene Augen (眼干)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Tränende Augen (流泪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ohr (耳)			
•	Chronische Entzündung (炎症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Ohrensausen (耳鸣)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Gehörverlust (失聪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haut und Venen (皮肤和静脉)			
•	Ausschläge (皮疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Ekzeme (湿疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Beinschwellung (足肿)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Krampfadern (静脉怒张)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Venenentzündung (静脉炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nerven (神经)			
•	Probleme sich klar auszudrücken (吐字困难)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Störungen des Geschmacks (味觉障碍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Störungen des Geruchsinns (嗅觉障碍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Gefühlstörungen an Armen und Beinen (肢体感觉障碍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Muskelschwäche (肌肉无力)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Zittern (颤抖)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	Gehstörungen (步行障碍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dritte Stufe: 诊断性疾病

Krankheitsdiagnose durch den Hausarzt oder Spezialisten

1. Unter welchen der folgenden Krankheiten leiden Sie? (疾病)

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| • | Kreislaufkrankungen z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris
(心血病:高血压, 心梗, 心绞痛) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Lungenerkrankungen z.B. Asthma, Heuschnupfen
(肺病:哮喘, 过敏症) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Nieren- und Unterleibserkrankungen
(肾和下腹腔病) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Verdauungserkrankungen z.B. Gastritis, M. Corhn
(消化病:胃炎, 结肠炎) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes
(新陈代谢病:糖尿病) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Gelenk-,Wirbelsäulen- und Rheumaerkrankungen z.B. Fibromyalgie
(关节脊椎风湿病:肌痛) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Neurologische Erkrankungen z.B. Schlaganfall
(神经病:中风) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Psychische Leiden z.B. Depressionen
(心理病:压郁症) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Psychiatrische Erkrankungen z.B. Schizophrenie
(精神病:精神分裂症) Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

是 否
JA NEIN

- Übertragbare Infektionskrankheiten z.B. HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten
(传染性病: 爱滋病, 肝炎, 性病) Welche? _____
- Andere z.B. Krebs, Osteoporose, HNO-, Haut- und Venenbeschwerden
(其它病: 癌症, 骨质疏松病, 五官, 皮肤和静脉疾病)
Welche? _____

2. Medikamente (药物)

- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? (有规律地服药吗)?
Welche & Dosierung? (哪种和剂量) _____
- Blutverdünnung? (抗凝血药)

3. Frauen (妇女)

- Sind Sie zurzeit schwanger? (现怀孕吗)
- Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? (几个孩子) _____
- 1. Tag Ihrer letzten Menstruation? (前次月经) _____
- Sind Sie in der Menopause? Wenn ja, seit wann? (停经期) _____

4. Hospitalisation (住院史)

- Hatten Sie Operationen, schwere Krankheiten oder Unfälle? (因手术, 重病或受伤住院治疗?)

Wann? 时间	Was? 原因	Wo? 地址

- Gute Gesundheit und ein langes Leben -
- 健康长寿 -

Vom Arzt auszufüllen:

Auswertung 统计:

1.Stufe

2.Stufe

3.Stufe