



CHINESISCHE MEDIZIN
Dr. Michael Kleiser

A. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
 Behandelnder Arzt bzw. Hausarzt: _____
 Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr _____ Krankenkasse: _____
 Straße/Hausnummer _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____
 E-Mail: _____ Handy: _____
 Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

B. Allgemeines (Verwenden Sie ggf. zusätzlich den Platz auf der Rückseite)

Beruf, Hobbies, Hausarbeit: _____

Lebensverhältnisse (*alleinstehend, verheiratet, Kinder, Haustiere*)

Allgemeines: Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Nikotin *Zigaretten/Tag*): _____

Schlaf: gut Einschlafprobleme Durchschlafprobleme (*wann Aufwachen?*): _____

Temperaturempfinden: normal Kälteempfindlichkeit Wärmeempfindlichkeit
 Füße heiß/kalt Hände heiß/kalt Hitzewallungen _____

Schwitzen: Wie: normal stark schwach **Wann:** tagsüber nachts
 bei Stress bei Hitze bei Belastung **Wo:** Kopf Brust Hände Füße
 überall _____

Grad der inneren Unruhe (auf Skala: 0 = ruhig bis 10 = starke innere Unruhe): _____

Essen: viel Rohkost und Körner viel Milchprodukte und Käse viel Süßes
 viel Mikrowellenessen Vegetarier viel Brot viel Tiefkühlkost

Trinken: Durst: gut schlecht Trinkmenge pro Tag: _____/Liter
 Bevorzugung von heißen kalten Getränken viel Kaffee
 viel Cola, Fanta etc. Alkohol (*Art & Menge pro Tag bzw. Woche*): _____

Stuhlgang: _____x/Tag bzw. _____x/Woche _____
 trocken breiig wässrig Blähungen normal _____

Beimengungen: Blut Schleim unverdaute Nahrungsmittel
 Geruch Schmerz



CHINESISCHE MEDIZIN
Dr. Michael Kleiser

Urin: ____x/Tag, ____x/Nacht dunkel hell Schmerzen beim Wasserlassen Inkontinenz _____

Medikamente (falls mehrere Präparate: Rückseite nutzen. Inklusive Schlafmittel, Antibabypille)

1. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
2. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
3. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
4. _____ seit _____. Vorher stattdessen: _____
5. Nehmen Sie oft Antibiotika? Weswegen? _____
6. Andere Medikamente, Homöopathika etc. bei Bedarf: _____

C. Hauptbeschwerden (Bitte bringen Sie Unterlagen wie Arztbriefe oder Krankenhausberichte mit. Verwenden Sie ggf. zusätzlich den Platz auf der Rückseite)

Ihre Beschwerden (in der Reihenfolge der Bedeutung. Inklusive: Auslösendes Ereignis? Verlauf?)

Verschlechterung oder Besserung der Erkrankung/der Beschwerden:

In bestimmten Tages- / Jahreszeiten: _____

durch Wärme durch Kälte durch Stress, innere Anspannung

Andere Faktoren (z.B. Nahrungsmittel, Menstruation): _____

Vorangegangene Behandlungen (inkl. Behandlungserfolg: erfolgreich, nicht erfolgreich?)

Narben: Haben Sie Narben am Körper? Wenn Ja, wo?:

Für Frauen: wie verläuft ihre Regelblutung? sehr stark sehr schwach

unregelmäßig mit Schmerzen (ziehend oder krampfend) dunkles Blut

helles Blut klumpiges Blut sonstiges _____



CHINESISCHE MEDIZIN
Dr. Michael Kleiser

D. Weitere gegenwärtige oder frühere Erkrankungen und Beschwerden, OP

(Verwenden Sie ggf den Platz auf der Rückseite des Blattes):

Veränderte Blutwerte (erhöhte Leber- oder Nierenwerte, Blutbildveränderungen etc.)

Wirbelsäule (Operationen, Unfälle, Bandscheibenerkrankungen etc)

Frühere Operationen: (bitte Jahr angegeben inkl. Fremdkörper/Prothesen im Körper)

Kopf/Hals (Erkrankungen der Augen, Ohren, Nasennebenhöhlen, Mandeln)

Zähne (Zahnersatz, Zahnersatzmaterial, Wurzelbehandlung, Amalganentfernung)

Lunge (z.B. Asthma, COLD, Sarkoidose, Lungenentzündung, Letzte Röntgenaufnahme?)

Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris)

Hauterkrankungen (Neurodermitis, Schuppenflechte, Urticaria, Juckreiz etc.)

Allergien (Medikamente, örtliche Betäubung, Pollen, Tiere, Duftstoffe, Metalle, Nahrungsmittel etc.)

Verdauungsorgane (Erkrankungen von Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse)

Niere/Blase (z.B. häufige Blasen-oder Harnleiterentzündung, Nierenerkrankung)

Weibliche Geschlechtsorgane (Antibabypille, Prämenstruelles Syndrom, Menopause, Hormonpräparate, Menstruationsbeschwerden, Operationen, Geburten, Fehlgeburten, Hitzewallungen)

Männliche Geschlechtsorgane (inklusive Prostata, Geschlechtserkrankungen)

Bewegungsapparat (Gelenkschmerzen, Arthrose, Rheuma, Muskelerkrankungen, Verletzungen)

Neurologische oder Seelische Erkrankungen (z.B. Migräne, Depressionen, Ängste etc.)

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenstörung, Fettstoffwechsel, Gicht)
