



Personalien

Anrede: Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Privat: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: JA NEIN

Krankheitsbild

Hauptbeschwerde(n):

Weitere Symptome:

Bisherige Therapien (Name, Dauer, Erfolg):

Lebensumstände

Betreiben Sie Leistungs- oder Extremsport? – Wenn Ja, welche?

- JA, ... _____
- NEIN

Gewohnheiten:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Sport- Pflanzen-, Leistungs- oder Vitalpräparate |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Vegetarische, vegane, diätetische Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> Drogen |

Allgemeine Konstitution:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Leberwerte | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> HIV-Positiv/AIDS | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

Unverträglichkeiten oder Allergien:

Medikamente in den letzten 6 Monaten:

- Blutverdünnungsmittel (z.B. Marcoumar[®], Sintrom[®], Plavix[®], Angiox[®], Heparin[®] etc.)

Wenn JA, seit wann: _____

- Andere Medikamente: _____

Wenn JA, seit wann: _____



**Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterstehen der Schweigepflicht.
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben ausgefüllten Angaben und gebe mein
Einverständnis zur Behandlung nach TCM.**

Ort, Datum:

Unterschrift:
