



Personalien-/Anamneseblatt für Patienten:Innen

Persönlich Angaben (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname, Nachname _____

Strasse/Nr. _____ Geschlecht _____

PLZ/Wohnort _____ Geburtsdatum _____

Tel./Mobil _____ Krankenkasse _____

E-Mail _____ AHV-Nr. _____

Beruf _____ Versicherten-Nr. _____

Hausärztin/Arzt _____

Kontaktadresse und -Tel. im Notfall _____

Anamneseblatt (Bitte alle auftretenden, häufigen Beschwerden ankreuzen. Sie können allenfalls die Beschwerdetabelle vervollständigen.)

<input type="checkbox"/> Starke Hitzeempfindung	<input type="checkbox"/> Hitzeempfindlich	<input type="checkbox"/> Heisser Kopf
<input type="checkbox"/> Hitze im Brustbereich	<input type="checkbox"/> Heisse Hände	<input type="checkbox"/> Heisse Füsse
<input type="checkbox"/> Kalter Rücken	<input type="checkbox"/> Kälteempfindlich	<input type="checkbox"/> Schwitzen mit körperlicher Belastung
<input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/> Windempfindlich	<input type="checkbox"/> Schwitzen ohne körp. Belastung
<input type="checkbox"/> Aufsteigende Hitze	<input type="checkbox"/> Frösteln	<input type="checkbox"/> Temperaturschwankungen
<input type="checkbox"/> Übermässiges Schwitzen	<input type="checkbox"/> Kein Schwitzen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Starker Schweissgeruch	<input type="checkbox"/> Kalter, geruchloser Schweiss	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Armschmerzen	<input type="checkbox"/> Hüftschmerzen
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Ellenbogenschmerzen	<input type="checkbox"/> Beinschmerzen
<input type="checkbox"/> Fuss-/Zehenschmerzen	<input type="checkbox"/> Hand-/Fingerschmerzen	<input type="checkbox"/> Knieschmerzen
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Wandernde Schmerzen	<input type="checkbox"/> Brüche/Deformitäten
<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> Kraftlosigkeit
<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/> Schwellungen	<input type="checkbox"/> Zuckungen
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Nachtschwitzen	<input type="checkbox"/> Heisse Hände/Füsse
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Kalte Hände/Füsse
<input type="checkbox"/> Wundheitsgefühl/Rücken	<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> Traurigkeit
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Launisch	<input type="checkbox"/> Wut/Frust
<input type="checkbox"/> Nervosität	<input type="checkbox"/> Schnell aufgeregt	<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Appetitmangel	<input type="checkbox"/> Viel Durst	<input type="checkbox"/> Rülpsen
<input type="checkbox"/> Esslust	<input type="checkbox"/> Wenig Durst	<input type="checkbox"/> Schluckauf
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Aufstossen
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> Magenkrämpfe	<input type="checkbox"/> Lebensmittel-Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Rippenbogenschmerzen
<input type="checkbox"/> Lockere Stühle	<input type="checkbox"/> Weiche Stühle	<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Harte Stühle	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Viel Darmluft	<input type="checkbox"/> Zungenwunden oder -geschwüre	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl
<input type="checkbox"/> Lippenwunden oder Lippen- geschwüre/Herpes	<input type="checkbox"/> Viel Speichel	<input type="checkbox"/> Mundgeruch
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Trockener Mund/Rachen
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten mit blutigem Sputum	<input type="checkbox"/> Viel Schleim
<input type="checkbox"/> Atemschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Raucher
<input type="checkbox"/> Halsweh	<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/> Niesanfälle	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Nasenverstopfung	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Nasenbluten
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Brustbeklemmung	<input type="checkbox"/> Geschwollenes Gesicht/Lider
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Geschwollene Hände/Füsse	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Stent	<input type="checkbox"/> Eisenmangel/Blutmangel	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Harndrang Steine im Urin	<input type="checkbox"/> Schwacher Urinstrom
<input type="checkbox"/> Uringerüche	<input type="checkbox"/> Reichlicher Urin	<input type="checkbox"/> Spärlicher Urin
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Steine im Urin	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Brennen/Ausfluss vom Penis	Prostata	<input type="checkbox"/> Schwellung der Hoden
<input type="checkbox"/> Jucken/trockene Haut der Hoden	<input type="checkbox"/> Steissbeinfistel	<input type="checkbox"/> Knötchen im Hodenbereich
<input type="checkbox"/> Hodenschmerzen	<input type="checkbox"/> Jucken/trockene Haut vom Penis	<input type="checkbox"/> Ekzem im Hodenbereich
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Periodenschmerzen/PMS	<input type="checkbox"/> Unregelmässige Menstruation	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen mit der Menstr.
<input type="checkbox"/> Vaginaler Ausfluss/Jucken	<input type="checkbox"/> Zwischenblutungen	<input type="checkbox"/> Brustspannung
<input type="checkbox"/> Scheidenpilz/Herpes	<input type="checkbox"/> Eierstockzysten	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Anzahl Geburten: _____
<input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie	<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/> Intrauterinpeessar (Spirale)
<input type="checkbox"/> Ovulationshemmer (Pille)	<input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernung	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ohrenscherzen	<input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Hörverlust
<input type="checkbox"/> Augenschmerzen	<input type="checkbox"/> Gerötete Augen	<input type="checkbox"/> Sehkraftverlust
<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Tränenträufeln	<input type="checkbox"/> Nachtblindheit
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hautausschläge	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Knoten
<input type="checkbox"/> Verfärbte Haut	<input type="checkbox"/> Akne/Furunkel	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Andere Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis: JA | <input type="checkbox"/> HIV-positiv: JA | <input type="checkbox"/> AIDS: NEIN |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis: NEIN | <input type="checkbox"/> HIV-positiv: NEIN | <input type="checkbox"/> AIDS: NEIN |
-

Sind Sie in Psychologischer Behandlung? Ja Nein Sind Sie Bluter? Ja Nein

Operationen Ja Nein

Welche? _____

Informationen für den Patienten

Ich wurde von der Therapeutin, über Möglichkeiten und Grenzen der Angewandten Behandlungsmethoden sowie über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt. Gemeinsam wurden Behandlungsziel und Behandlungsplan festgelegt.

Ich wurde über die Kosten der Behandlung, über Versicherungen, Kostengutsprachen und Zahlungsmodalitäten informiert. Insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass ich vor Beginn der Behandlung mit meinem Zusatzversicherer abkläre, ob die beabsichtigte Behandlung bei dieser Therapeutin von meiner Versicherung anerkannt wird.

Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit dem Arzt abzubrechen. Es wurden mir keinerlei Heilversprechen gemacht.

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden können. Ich habe die obigen Erklärungen zur Kenntnis genommen und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Patienten-/Anamneseblatt Quelle Teile vom TCM-Fachverband, Version 16.02.2026

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient:In _____