

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Stadt: _____
Kontakt: Telefon privat: _____ E-mail-Adresse: _____
 dienstlich: _____ Fax-Nummer: _____
 Handy: _____
Erlerner Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit/Firma: _____ Seit wann: _____
Name Ihrer Krankenversicherung: _____ Private Zusatzversorgung / Beihilfe: Ja / nein

Patientenfragebogen

1. Wegen welcher Beschwerden suchen Sie uns auf? (Bitte geben Sie **alle bestehenden** Beschwerden an, auch wenn diese bisher für Sie als nicht behandelbar galten, also auch die, an die Sie sich schon „gewöhnt“ haben.)
Seit wann bestehen diese Beschwerden (Monat, Jahr)?

2. Welche Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Leben? Wann sind diese aufgetreten (Monat / Jahr)? Sind Sie operiert worden? Weshalb? Wann?
(Kopf, Ohr, Schilddrüse, Lunge, Herz, Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Milz, Nieren, Blase, Prostata, Gebärmutter oder Eierstöcke, Brust, Knochen)

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (Name, Menge)

4. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. sind Ihre behandelnden Ärzte? (Name, Adresse, Telefonnummer)

Basisanamnese

Allgemeines

5. Treiben Sie regelmäßig Sport? (Welchen) Ja _____ Nein
6. Was ist Ihre Lieblingsfarbe? _____
7. Was ist Ihre Lieblingsjahreszeit? Frühling Sommer Spätsommer Herbst Winter
8. Welche Raumtemperatur bevorzugen Sie? kühl warm weder noch
9. Welche Getränketemperatur bevorzugen Sie? kalt warm weder noch
10. Welche Geschmacksrichtung bevorzugen Sie? süß scharf salzig bitter sauer
11. Welche Geschmacksrichtung mögen Sie nicht? süß scharf salzig bitter sauer
12. Haben Sie regelmäßig einen bestimmten Geschmack im Mund, zum Beispiel morgens nach dem Aufwachen? süß bitter sauer und / oder faulig salzig nein
13. Wie würden Sie Ihren allgemeinen körperlichen Zustand einschätzen? schwach normal kräftig
14. Waren Sie als Kind einmal schwer krank?

Schlaf

15. Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein Einschlafstörungen Durchschlafstörungen sehr frühes Aufwachen „ich komme abends nicht ins Bett“
16. Fühlen Sie sich ausgeruht nach dem Schlafen? Ja Nein
17. Träumen Sie viel? Ja Nein
18. Leiden Sie unter Müdigkeit? immer morgens mittags nach dem Essen nein

Schwitzen

19. Schwitzen Sie tagsüber oder nachts verstärkt? tagsüber nachts ich schwitze nicht verstärkt
20. Leiden Sie unter spontanen Schweißausbrüchen? Ja Nein

Hunger

21. Wie ist Ihr Hungerempfinden? Heißhunger viel Hunger häufig Hunger, kann aber wenig essen wenig Hunger Appetitlosigkeit Süßgelüste

Durst

22. Wie ist Ihr Durstempfinden? viel Durst wenig Durst normal Durst auf warme Getränke Durst auf kalte Getränke

Miktion (Wasserlassen)

23. Wie oft pro Tag müssen Sie Wasser lassen? _____mal
24. Müssen Sie nachts Wasser lassen? Wie oft? Ja _____mal Nein
25. Wie viel Wasser müssen Sie lassen? große Mengen kleine Mengen normal
26. Welche Farbe hat Ihr Urin? hellgelb dunkel normal

Stuhlgang

27. Wie oft haben Sie Stuhlgang? seltener als alle 2 Tage alle 2 Tage 1x pro Tag öfter am Tag
28. Wie ist die Beschaffenheit des Stuhlgangs? (mehrere Antworten möglich) trocken fest weich breiig wässrig mit Schleim mit Blut mit unverdauter Nahrung wechselnd übelriechend schafskotartig geformt

Bei Schmerzen (z.B.: Gelenkschmerzen, Bauchschmerzen)

29. Wie ist der Schmerzcharakter? dumpf ziehend stechend krampfartig
30. Wo ist der Schmerz lokalisiert? _____
31. Was lindert den Schmerz? Kälte Wärme Druck Essen Feuchtigkeit weder noch
32. Was verschlimmert den Schmerz? Kälte Wärme Druck Essen Feuchtigkeit Wind
33. Womit ist der Schmerz verbunden? Schweregefühl Hitzegefühl Kältegefühl viel Schwitzen wechselnde Lokalisation gleiche Lokalisation

Bei Kopfschmerzen

34. Wo sitzt der Schmerz? Schläfe Seite / Ohr Scheitelpunkt Nacken

Sozialanamnese

35. Sind Sie verheiratet / sind Sie in einer festen Partnerschaft? Ja Nein
36. Wie viele Kinder haben Sie? _____ Kind(er), keine Kinder
37. Besteht oder bestand Kinderwunsch? Ja Nein
38. Würden Sie Ihr Privatleben als harmonisch bezeichnen? Ja Nein
39. Sind Sie berufstätig? Ja berentet / pensioniert Hausfrau / Hausmann arbeitslos Schüler / Student
40. Gehen Sie gerne zur Arbeit? Ja Nein nicht erwerbstätig
41. Denken Sie, dass Sie zuviel arbeiten? Ja Nein
42. Müssen Sie einen pflegebedürftigen Angehörigen versorgen? Ja Nein

Anamnese nach den 5 Elementen

HOLZ

43. Sind Sie in Stresssituation leicht reizbar? Ja Nein
44. Verspüren Sie häufig das Gefühl von Ärger? Ja Nein
45. Kennen Sie das Gefühl, einen „Kloß im Hals“ zu haben? Ja Nein
46. Sind bei Ihnen folgende Symptome der Augen aufgetreten? Fehlsichtigkeit trockene Augen Nachtblindheit
Lichtempfindlichkeit Brennen Entzündungen Sehstörungen Gesichtsfeldausfällen (auch mit Brille)
verschwommenes Sehen
47. Haben Sie brüchige Nägel? Ja Nein
48. Haben Sie ein Druckgefühl im Oberbauch? Ja Nein
49. Haben sie eine Abneigung gegen folgende Nahrungsmittel? fettige Speisen Kaffee Knoblauch
50. Haben Sie Gallensteine? Ja Nein
51. Würden Sie sich als windempfindlich bezeichnen? Ja Nein
52. Neigen Sie zu Muskelverspannungen? Ja Nein
53. Neigen Sie zu Sehnenverhärtung / Sehnenverkürzung an Hand oder Fuß? Ja Nein
54. Fällt es Ihnen leicht, sich zu entscheiden? Ja Nein

FEUER

55. Leiden Sie unter Herzklopfen? Ja Nein
56. Wie verhält sich Ihr Herzschlag? schnell langsam unregelmäßig normal
57. Kennen Sie eines oder mehrere der folgenden Symptome? innere Unruhe Vergesslichkeit Schreckhaftigkeit Ängstlichkeit Konzentrationsstörungen
58. Neigen Sie zu Heiserkeit? Ja Nein
59. Treten bei Ihnen Sprachstörungen auf wie z.B. Stottern, Wortfindungsstörungen? Ja Nein

ERDE

60. Haben Sie kalte Hände oder Füße? kalte Hände kalte Füße nein
61. Haben Sie Krampfadern? Hämorrhoiden? Nein
62. Neigen Sie zu Wasseransammlungen am Körper? Beine Lider Finger Gelenke andere: _____Nein
63. Neigen Sie zu Übergewicht? Ja Nein
64. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Extremitäten (z.B. beim Treppensteigen) schwer werden? Ja Nein
65. Kommen Sie morgens "schlecht in die Gänge"? Ja Nein
66. Sind sie grüblerisch? Machen Sie sich viel Sorgen? Ja Nein
67. Neigen Sie zu Melancholie oder Depressionen? Ja Nein
68. Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome? Blähungen Sodbrennen Völlegefühl nach dem Essen
Aufstoßen Übelkeit Bauchkrämpfen
69. Ist Ihr Geschmackssinn verringert? Ja Nein
70. Hatten Sie schon einmal eine Magenschleimhautentzündung oder ein Magengeschwür? Ja Nein
71. Müssen Sie sich oft übergeben? Ja Nein
72. Haben Sie Schmerzen / Missempfindungen beim Stuhlgang? Ja Nein
73. Besteht eine Nahrungsmittelunverträglichkeit? Ja Nein
74. Wie äußert sich die Unverträglichkeit? Hautausschlag Durchfall Erbrechen

METALL

75. Rauchen Sie? Ja Wie viele Zigaretten / Tag? _____ Nein
76. Haben Sie Allergien gegen Pollen oder Nahrungsmittel?
77. Haben Sie Symptome wie Druck- oder Engegefühl im Brustkorb? ja, unter Belastung ja, in Ruhe nein
78. Haben Sie zeitweise Luftnot oder asthmatische Beschwerden? ja nachts tagsüber nein
79. Bekommen Sie häufig Infekte der Atemwege (Schnupfen, Grippe, Bronchitis)? Ja Nein
80. Leiden Sie unter Reizhusten? Ja Nein
81. Haben Sie Auswurf? klar / dünnflüssig gelb / dickflüssig kein Auswurf
82. Können Sie leicht oder schwer abhusten? leicht schwer
83. Haben Sie oft Schleim in der Nase bzw. Schnupfen? klar / dünnflüssig gelb / dickflüssig kein Schleim
84. Leiden Sie an einer chronisch verstopften Nase oder an Nasenpolypen? Ja Nein
85. Ist Ihr Geruchssinn reduziert? Ja Nein
86. Haben Sie eines der folgenden Symptome? unreine Haut Akne allergische Hautreaktionen Ekzeme Schuppenflechte trockene Haut
87. Gibt es einen Todesfall oder eine Trennungssituation, an die Sie oft denken müssen? Ja Nein
88. Neigen Sie zu Traurigkeit? Ja Nein

WASSER

89. Neigen Sie zu unkontrolliertem Harnabgang (Inkontinenz / Harnträufeln)? Ja Wann? Husten Niesen Lachen
spontan Nein
90. Wie ist im allgemeinen die Farbe Ihres Urins? hell / wasserklar dunkel normal gelb
91. Haben Sie häufig Blasenentzündungen? Ja Nein
92. Leiden Sie unter Schwerhörigkeit? Ja Nein
93. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen? Ja Nein
94. Leiden Sie unter einer Erkrankung der Prostata? Ja Nein
95. Leiden Sie unter Erektionsschwäche? Ja Nein
96. Wie ist Ihr sexueller Antrieb? wenig normal viel
97. Haben Sie Zahnprobleme? (Wurzelentzündungen, tote Zähne etc.) Ja Nein
98. Neigen Sie zu Knochenbrüchen? Ja Nein
99. Haben Sie Rückenbeschwerden? Ja Nein
100. Haben Sie Kniebeschwerden / schwache Knie? Ja Nein
101. Neigen Sie zu Haarausfall? Ja Nein
102. Hatten Sie frühzeitig graue Haare? Ja Nein
103. Haben Sie Angstgefühle? Ja Nein
104. Ist Ihre Leistungsfähigkeit vermindert? Ja Nein

KÄLTE - HITZE

105. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein
106. Haben Sie Geschwüre (z.B. Aphten, Herpes) im Bereich von Zahnfleisch, Zunge oder Lippen? Ja Nein
107. Haben Sie Ausfluss aus der Harnröhre / Vagina? Gelblich weißlich nein
108. Leiden Sie unter einem trockenen Mund? Ja Nein
109. Haben Sie einen verstärkten Juckreiz der Haut? Ja Nein Wo? _____
110. Haben Sie ein Hitzegefühl in Händen und Füßen? Ja Nein

SCHLEIM

111. Haben Sie Schwindelgefühle oder Gleichgewichtsstörungen? Ja Nein
112. Haben Sie Schwindel mit leichtem Kopf oder mit schwerem Kopf?
113. Verspüren Sie Taubheits- oder Kribbelgefühle am Körper? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Die folgenden Fragen sind nur für Frauen

MENSTRUATIONSANAMNESE

114. Wie ist der Abstand (in Tagen) zwischen zwei Regelblutungen? weniger als 28 Tage alle 28 – 32 Tage mehr
als 32 Tage keine Menstruation
115. Haben Sie Zwischenblutungen? ja nein
116. Wie viele Tage hält Ihre Blutung an?
117. Wie ist Ihr Menstruationsblut beschaffen? dünnflüssig, hellrot klumpig, dunkelrot Schmierblutung normal
118. Haben Sie im Zusammenhang mit der Menstruation Schmerzen? vor der Blutung während der Blutung keine
Schmerzen
119. Haben Sie Schmerzen / Schwellungsgefühle in den Brüsten? Ja Nein
120. Leiden Sie unter Hitzewallungen? Ja, mit Schwitzen ja, ohne Schwitzen nein
121. Nehmen Sie Hormone oder "die Pille" ein? ja, Hormone ja, "die Pille" nein
122. Anzahl der Schwangerschaften:
123. Anzahl der Geburten:

Einverständniserklärung zur Abrechnung

Zur Zeit ist eine direkte Abrechnung von Behandlungen mit Traditioneller Chinesischer Medizin bzw. Naturheilkunde/Integrativer Medizin zwischen dem Zentrum für Traditionelle Chinesische und Integrative Medizin und den gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen nicht möglich. Die Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen erfolgt deshalb direkt mit Ihnen. Das bedeutet, dass Ihnen die Kosten für die Behandlung mit Traditioneller Chinesischer Medizin, **unabhängig von einer eventuellen Erstattung der Behandlungskosten durch ihre Krankenkasse oder –versicherung, direkt in Rechnung gestellt werden.** Die privaten Krankenkassen und –versicherungen erstatten erfahrungsgemäß auf Antrag den **größten Teil** der entstandenen Kosten. Sie erhalten jeweils nach der Behandlung bzw. Erstuntersuchung/Ersttermin an unserer Anmeldung die Quittung/Zwischenrechnung **für den jedes Mal am Behandlungstermin per EC-Karte oder in bar zu bezahlenden Betrag.** Die Abschlussrechnung/Gesamtrechnung erhalten Sie nach Abschluss der jeweiligen Behandlungsserie. Sie können diese dann Ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung vorlegen. Sollten Sie ein Rezept für eine Traditionelle Chinesische Arzneimitteltherapie erhalten, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Kosten für Traditionelle Chinesische Arzneimittel in der Regel nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Auch andere an der Behandlung beteiligte liquidationsberechtigte Therapeuten und Ärzte (sog. Dritter), sofern sie zur Behandlung herangezogen werden, können Honoraranforderungen stellen. **Eine Hinzuziehung Dritter erfolgt nur mit Ihrem Einverständnis und auf Ihren Wunsch.** Es ist möglich, dass dies auch Therapeuten und Ärzte außerhalb der klinischen Einrichtung (St. Hedwig-Krankenhaus) sind.

Der Umfang etwaiger Erstattungsansprüche gegenüber Krankenversicherungen oder Beihilfestellen hat keinen Einfluss auf die Höhe des berechneten Entgeltes.

Wir bitten um rechtzeitige Terminabsage. Eine Terminabsage bis 24 Stunden vor Termin ist kostenfrei. Dies gilt sowohl für die Erstgesprächstermine als auch für die Folgetermine. Bei einer späteren Absage können die Behandlungsgebühren bzw. Gebühren für den nicht wahrgenommenen Ersttermin in voller Höhe berechnet werden

Den vorangegangenen Aufklärungsbogen zur Abrechnung habe ich gelesen und dessen Inhalt zustimmend zur Kenntnis genommen.

Berlin, den _____

Unterschrift des/der Patienten/-in

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen/ Behandlungen mit Traditioneller Chinesischer Medizin und Integrativer Medizin

Persönliche Erklärung des Patienten:

Ich, _____, _____
Name Vorname

wünsche die private Behandlung mit Leistungen der Traditionellen Chinesischen Medizin, **die in der Eingangsuntersuchung mit mir gemeinsam definiert werden.** Diese Leistungen der Traditionellen Chinesischen und Integrativen Medizin werden mir in Anlehnung an die Gebührensätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Im folgenden einige Beispiele.

Die Kosten des ersten Termins ergeben sich aus der Summe der erbrachten Leistungen. Neben Erstuntersuchung mit Methoden der TCM ist dies für gewöhnlich die erste Akupunktur. Gelegentlich fallen noch weitere Gebühren an, wenn z.B. ein Muskeltest nach Applied Kinesiology oder eine Faszienbehandlung notwendig sind.

Bezeichnung der Leistung	Betrag/€
Eingangsuntersuchung nach den Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin	168,00
Behandlung mit Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (z.B. Akupunktur, Tuina), je Sitzung	68,00
Akupunktur im Augenareal (z.B. Makuladegeneration) und Körperakupunktur, je Sitzung	88,00
Erstellung einer Einzelrezeptur (Kräuterrezept)	30,00
Erstellung einer Folge-Einzelrezeptur(bleibend oder geändert	12,00-20,00
!! Die Gebühr für die Kräuter oder Granulate werden direkt und zusätzlich von den die Kräuter liefernden Apotheken berechnet.	

Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion – Neuraltherapie (ggf. mehrfach)	15,00
Medik. Infiltrationsbehandlung, homöopathisch, auch Mundakupunktur, gemäß §2 Abs. 3	25,00
FDM nach Typaldos/Tuina je nach Umfang	30,00-80,00
Tape-Verband	15,00-30,00
Magnetfeldtherapie mit Austestung (AK) nach Umfang und Dauer	50,00-100,00
Matrix-Rhythmus-Therapie nach Randoll je Einheit	60,00

Es ist mir bekannt, dass diese **Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören und deshalb die Kosten von ihnen auch nicht übernommen oder erstattet werden müssen**. Bei den privaten Krankenversicherungen ist es sehr unterschiedlich und hängt vom jeweiligen vorliegenden Vertrag ab.

Berlin, den _____

Unterschrift Zentrum TCM

Unterschrift Patient/-in

Aufklärung zur Therapie mit den Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin/Akupunktur:

Vor einer ersten Behandlung mit den Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin möchten wir Sie auf mögliche Komplikationen hinweisen:

Die erste Behandlung mit Akupunktur erfolgt in der Regel in liegender Position, da es in seltenen Fällen zu Kreislaufproblemen kommen kann (v.a. nach Flüssigkeitsverlust, bei Hunger, nach dem Essen oder bei Erschöpfungszuständen).

Trotz sorgfältiger Akupunkturbehandlung kann es zu kleinen Blutergüssen (sog. Hämatomen) kommen, selten zu Verletzungen größerer Blutgefäße, Nerven oder innerer Organe oder zu Infektionen.

Zu starke Bewegungen des Patienten während der Akupunkturbehandlung sollten vermieden werden, damit die Nadel an der gestochenen Lokalisation verbleibt und ein muskulärer Zug auf die Nadel vermieden wird.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn eine Akupunkturnadel anhaltende Schmerzen verursacht, damit diese dann gezogen oder anders platziert werden kann.

Zudem kann es nach einer Akupunkturbehandlung auch zu einer vermehrten Müdigkeit und damit zur eingeschränkten Verkehrstüchtigkeit und einer Verlängerung der Reaktionszeit kommen.

Nach den ersten Behandlungen kann es in seltenen Fällen zu einer Verschlechterung der behandelten Symptomatik kommen, die sogenannte "Erstverschlimmerung", was Ausdruck einer Blockadelösung ist. Dennoch sollten Sie Ihren behandelnden Arzt darüber informieren.

Bitte informieren Sie uns vor der ersten Behandlung über eventuelle Blutgerinnungsstörungen oder eine Therapie mit blutverdünnenden Medikamenten, etwaige psychiatrische Störungen und als Frau über das Vorliegen einer Schwangerschaft, da einige Punkte wehenauslösende Reaktionen verursachen können.

Sollte bei Ihnen eine Wärmebehandlung (Moxibustion) zur Unterstützung der Akupunkturbehandlung durchgeführt werden, informieren Sie uns oder einen unserer Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen, falls Ihnen die Wärmequelle als unangenehm oder zu heiß erscheint, damit es nicht zu Verbrennungen der Haut kommt.

Sollten Sie zur Unterstützung der Therapie mit Schröpfköpfen behandelt werden, kommt es bei korrekter Durchführung der Therapie zu Blutergüssen.

Den vorangegangenen Aufklärungsbogen zur Akupunkturtherapie habe ich gelesen und dessen Inhalt zustimmend zur Kenntnis genommen.

Berlin, den _____

Unterschrift des Patienten/-in