



Dokumentation der Akupunktur-Behandlung

(zur Erfüllung der Anforderungen nach § 6 der Akupunktur-Vereinbarung)

Name des Arztes:

I. Angaben zum Patienten:		Stammnummer:	Ausfülldatum:
Diagnose:			
☐ chronische Schmerzen der LWS		☐ linkes Knie ☐ rechtes Knie ☐ beide Kniegelenke	
☐ chronische Schmerzen bei Gonarthrose:		☐ Röntgenbefund ☐ CT/ NMR	
☐ klinisch gestellt			
☐ mindestens 6-monatiges Schmerzintervall,		dokumentiert durch:	
II. TCM Schmerzanalyse und Diagnostik			
1. Betroffene Leitbahnen:			
LWS-Schmerzen: ☐ Blase ☐ Gallenblase		☐ Lenkergesäß ☐ Niere ☐ Andere:	
Gonarthrose: ☐ Milz ☐ Leber		☐ Gallenblase ☐ Magen ☐ Andere:	
2. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):		3. Pathogenese/ Schmerz-Qualität (optional):	
☐ Yin ☐ Kälte ☐ Leere ☐ Innen		☐ Wind ☐ Feuchtigkeit ☐ Blut	
☐ Yang ☐ Hitze ☐ Fülle ☐ Außen		☐ Kälte ☐ Hitze ☐ Qi	
4. Syndrom Diagnose(n) (optional):			
III. Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept			
Weitere Therapieverfahren: ☐ Akupunktur ☐ Moxibustion ☐ Andere:			
Geplantes Beginndatum:			
Ist die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels erfolgt?			
☐ ja		Therapieziel:	
☐ nein			
IV. Verwendete Punkte:			
LWS-Schmerzen:			
Gonarthrose:			
☐ tonisieren ☐ sedieren			



V. Zwischenanamnese:

**VI. Verlaufserhebung
(VerlaUSDokumentation) bei Abschluss
der Behandlung**

1. Schmerzlokalisierung

**2. Zufriedenheit mit der
Schmerzbehandlung**

sehr zufrieden ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ gar nicht zufrieden

3. Stärke des Hauptschmerzes

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Schmerzhäufigkeit

gar nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ täglich ohne Unterbrechung

**5. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit
durch den Schmerz:**

**6. Beeinträchtigung der Stimmung
durch den Schmerz:**

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel