

TCM – Diagnostik LWS und Ischialgie

Sehr geehrte/ Patient/in,

vor einer Akupunkturbehandlung oder Therapie mit chinesischen Arzneikräutern erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Herzlichen Dank!

Datum: _____

Name, Vorname

Alter

Beruf

Größe

Gewicht

Blutdruck

Puls

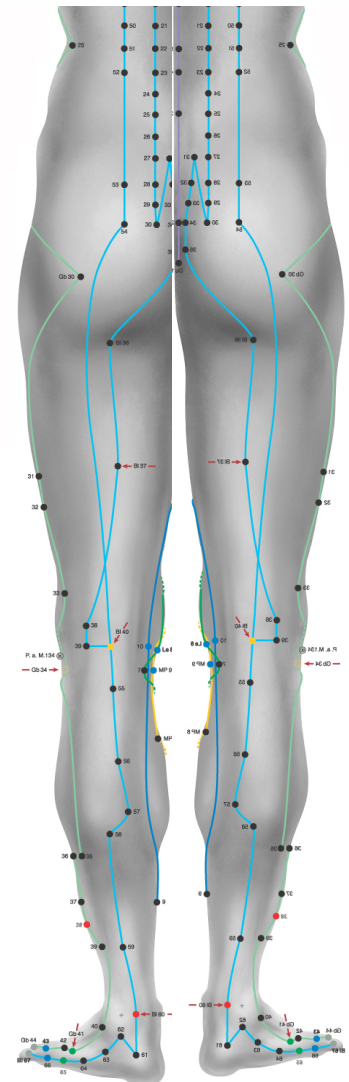
Verheiratet / Ledig

Zahl der Kinder

Meine Schmerzen bestehen

seit ca. _____ ☐ Monaten ☐ Jahren

Markieren Sie bitte auf der nebenstehenden Abbildung den Ort Ihrer Beschwerden. →



An welchen weiteren Erkrankungen leiden Sie?

Operationen /Unfälle

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Ihr Beruf:

Bitte beschreiben Sie Ihre typischen beruflich bedingten körperlichen / psychischen Belastungen:

Welchen Sport betreiben Sie? Wie intensiv üben Sie den Sport aus?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

2 = leicht / gelegentlich

3 = stärker / häufig

4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensführung

Arbeiten Sie zuviel	1	2	3	4
Treiben Sie Sport	1	2	3	4
Leiden Sie unter Stress	1	2	3	4
Essen Sie unregelmäßig	1	2	3	4

Alkohol	1	2	3	4
Kaffee	1	2	3	4
Nikotin	1	2	3	4

Vorlieben: (z.B. süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, Gemüse, kaltes-, warmes Essen), Fleisch, Fisch; Vegetarier

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht	1	2	3	4
Allgemeine Abgeschlagenheit	1	2	3	4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1	2	3	4
Appetit vermindert	1	2	3	4
Durst vermindert	1	2	3	4
Müdigkeit trotz ausreichender Nachtruhe	1	2	3	4
Bedürfnis nach Mittagsschlaf	1	2	3	4
Luftnot	1	2	3	4
Spontaner Schweißausbruch	1	2	3	4
Herzklopfen, Herzstolpern	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit	1	2	3	4
Kalte Hände	1	2	3	4
Kalte Füße	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4
Schweregefühl (Kopf oder Beine)	1	2	3	4

Nervosität	1	2	3	4
Schlafstörungen	1	2	3	4
Neigung zu Schwindel	1	2	3	4
Taubheitsgefühl in Händen oder Füßen	1	2	3	4
Brüchige Nägel	1	2	3	4
Schnell Erschöpft	1	2	3	4
Hitzeempfindlichkeit	1	2	3	4
Aufsteigendes Hitzegefühl	1	2	3	4
Schwitzen an Händen / Füßen	1	2	3	4
Nachtschweiß	1	2	3	4
Trockener Stuhl / Verstopfung	1	2	3	4
Dunkler, konzentrierter Urin	1	2	3	4
Durst vermehrt	1	2	3	4
Niedriger Blutdruck	1	2	3	4
Hoher Blutdruck	1	2	3	4
Zugluft- Windempfindlichkeit	1	2	3	4

Bauch

Stuhl weich, ungeformt	1	2	3	4
Stuhl hart	1	2	3	4
Durchfall	1	2	3	4
Verstopfung	1	2	3	4
Vermehrte Darmgeräusche	1	2	3	4
Bauchkrämpfe	1	2	3	4
Blähneigung	1	2	3	4

Druckgefühl im Oberbauch	1	2	3	4
Völlegefühl - Übelkeit	1	2	3	4
Sodbrennen	1	2	3	4
Erbrechen	1	2	3	4
Magenkrämpfe	1	2	3	4
Hämorrhoiden	1	2	3	4
Krampfadern	1	2	3	4

Rückenschmerzen

Bei folgenden gegensätzlichen Beschreibungen kreuzen Sie bitte auf der Linie den Punkt an, der Ihren Zustand am besten beschreibt (ein Kreuz in der Mitte bedeutet z.B. „sowohl als auch“, „unentschieden“).

Den Rückenschmerz empfinde ich meist als....

drückend _____ stechend

flächig _____ punktuell

Der Rückenschmerz tritt verstärkt auf

Nachts _____ tags

Ruhe _____ Bewegung

Schweregefühl im Rücken	1	2	3	4
Nächtlicher Liegeschmerz	1	2	3	4
Nachtschmerz beim Umdrehen	1	2	3	4
Morgendlicher Anlaufschmerz	1	2	3	4

Schmerz schlechter, verstärkt

- bei Kälte, Feuchtigkeit	1	2	3	4
- bei Wetter, Wind Zugluft	1	2	3	4
- in Ruhe	1	2	3	4
- im Stehen	1	2	3	4

Steifigkeit im Rücken / Bein

Schmerz besser bei leichter

Bewegung (Spaziergehen)

Schmerz besser durch Wärme

Ich kenne umschriebene, druckschmerzhafte Punkte, von denen der Schmerz ausgeht

Schmerz tief bohrend

Durchbrechgefühl im Rücken

Besser im Liegen

Besser im Stehen

Schlechter bei Bewegung

Wärme hilft eher wenig

Auf mich trifft folgende Aussage (n) zu:

☐ Ich kann mir keine Ursache / keinen Auslöser meiner Erkrankung vorstellen

☐ Ich vermute als Ursache / Auslöser meiner Rückenschmerzen ein bestimmtes Ereignis / Tätigkeit. In Frage kommen z.B. Unfall, beruflich bedingte körperliche / psychische (oder auch sportlich) bedingte Überlastungen oder immer wiederkehrende Bewegungen oder Haltungen (langes Sitzen, Stehen, schweres Heben).

☐ Spaziergehen und leichter Sport helfen mir eher. Ich kann aber schlecht längere Zeit stehen.

☐ Mir hilft es, wenn ich mich ausruhe, z.B. sitze oder liege. Schon Spaziergehen und leichter Sport verstärken eher meine Beschwerden.

Beinschmerzen

Schmerz bis zum Unterschenkel ☐ja ☐nein

Taubheitsgefühl ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Schwächegefühl im Bein, ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Kontrollverlust ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Starker, in das Bein ausstrahlende Schmerz ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Bei mir bestehen weiterhin

Knieprobleme ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Muskelverspannungen, Krämpfe ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Ellbogenschmerz „Tennisarm“ ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Schultergelenkschmerzen ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Nackenschmerzen ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Kopfschmerzen ganzer Kopf ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Stirnkopfschmerzen ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Hinterkopfschmerzen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Halbseitiger Kopfschmerz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Haarausfall	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Weitere Gelenkschmerzen, mit Gelenkschwellungen oder Gelenküberwärmungen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Brennen der Augen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Unscharfe Nahsicht (Lesen)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ohren

Schwerhörigkeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Ohrgeräusche	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Drehschwindel	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Gleichgewichtsstörungen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Menstruation

Unregelmäßig	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Schmerzhaft	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Blutung zu stark / schwach	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Ausfluß	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Einnahme von Hormonen	☐ ja	☐ nein
Menopause	☐ ja	☐ nein

Sexualität

Impotenz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Unfruchtbarkeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Sexuelle Unlust	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
-----------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Hautprobleme

Gefühlsleben

Aufbrausend, leicht reizbar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Allgemeine innere Unruhe	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Nervosität	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Angstgefühle	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Depression	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Niedergedrückte Stimmung	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

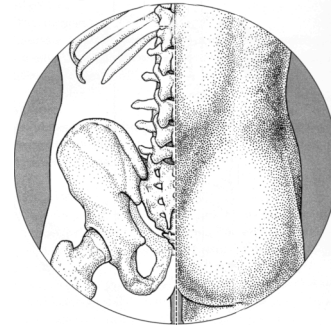
Grüblerisch	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Traurig	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Vergesslichkeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Konzentrationsstörungen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Schreckhaftigkeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Ich bin zufrieden

- mit meiner Arbeitssituation	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- mit meiner sonstigen Lebenssituation (Beziehung, Familie, Freunde)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Was würden Sie am liebsten an Ihrer Lebenssituation jetzt verändern?



Patient:
Klinischer Befund:

Zunge: (blass, rot, keine Belag, weißer Belag)

Puls: (Langsam, schnell / leer, voll)

Betroffene Meridiane

() **A: Blase** BI 23, BI 40, BI 60, Ni 3. jeweils bds. () **B: Nur GB:** Gb 41 statt BI 60, Gb 34 statt BI 60
anderer Meridian

TCM-Syndrome

() **Feuchte Kälte:** Schmerz in Ruhe, Nachts, Feuchtigkeit, Kälte, Schweregefühl, Dumpf, diffus – besser im Gehen, schlechter beim Stehen, Sitzen, Bücken Sport möglich, Wärme hilft.

Ther.: BI 20, Mp 9, trockne Cups, Moxa, Mp ton

() **Qi-Blutstagnation:** Schmerz bei Bewegung, Tags, exakter Ahshipunkt, stechender punktueller DS, besser in Ruhe, auslösendes Trauma (Unfall, Sport, Sitz-, Stehverufe, stereotype Haltung)

Ther.: Specht-, Periosttechnik, Cup Blutig, BI 17)

() **Schwäche (Ni 3 Moxa):**

() **Leber Schwäche (BI 17, BI 18, Le 14)**

() **Blutschwäche (Le 3)** () **Yin Schwäche (Le 8)**

Diätetische Beratung:

Rezeptur:

	Syndrom A B / Specht Cupping Moxa
1	
2	S. C M
3	S. C M
4	S. C M
5	S. C M
6	S. C M
7	S. C M
8	S. C M
9	S. C M
10	S. C M
11	S. C M
12	S. C M
13	S. C M
14	S. C M
15	S. C M