



Energetische Akupunktur

Terminvereinbarungen über Praxis Bertelmann;
Tel: 02 01-71 53 23
www.forum-lotus.de

Schriftliche Selbstauskunft als Vorbereitung zur persönlichen Akupunktur-Diagnostik-Termin

Der gesamte Inhalt dieser Daten unterliegt ohne Ausnahme der strikten ärztlichen Schweigepflicht

- | | | | |
|------|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Name | Vorname | Adresse |
| 2. | Geboren am | in | |
| 3. | ledig | verheiratet seit | Lebensgemeinschaft seit |
| | verwitwet seit | geschieden seit | |
| 4. | Beruf | angestellt | selbstständig |
| | z.Z. tätig | stellungslos | im Ruhestand |
| 4.1. | Beruf Ihres Lebenspartners | | |
| 5. | Größe | Gewicht | Bitte 1 Bild von Ihnen |
| 6. | Hobby | | |
| 7. | Schwangerschaften | Komplikationen? | Wenn ja, in welchem Umfang? |
| 8. | Geburten | Komplikationen? | Wenn ja, in welchem Umfang? |
| 9. | Auffälligkeiten, Anfälligkeiten oder Krankheiten | | |
| | im Säuglingsalter | | |
| | im Kleinkindesalter | | |
| | in der Jugend | | |
| | danach bisher | | |
| 10. | Stationäre Behandlungen | | |
| 11. | Operationen | | |
| 12. | Unfälle | | |
| 13. | Medikamente | aktuelle | in der Vergangenheit |
| 14. | Nehmen oder nahmen Sie die Pille? | | Von wann bis wann? |
| 15. | Nehmen oder nahmen Sie Schilddrüsenhormone? | | Von wann bis wann? |
| 16. | Nikotin? | Seit wann Kontakt? | |
| 17. | Alkohol? | Seit wann Kontakt? | |
| 18. | Drogen? | Seit wann Kontakt? | |
| 19. | Kinder? | Sind sie gesund? | |
| | | Wenn nicht, womit haben sie Probleme? | |
| 20. | Auffälligkeiten und Gesundheitsstörungen bei Ihren Eltern und Vorfahren? | | |
| 21. | Wissen Sie etwas über Ihre eigene Schwangerschaft? | | |
| 22. | Kamen Sie zu früh? Zu spät? Über Ihre Geburt? | | |
| | Wurden Sie gestillt? | Wenn ja, wie lange? | |
| 23. | Hatten Sie als Säugling, Kleinkind oder Kind auffällige oder schwere oder chronische Gesundheitsstörungen? Wenn ja, in welcher Art? | | |
| 24. | Hatten Sie in der Grundschule irgendwelche Auffälligkeiten, in irgendeiner Weise Probleme? | | |
| 25. | Mit wie viel Jahren haben Sie Ihre erste Regel bekommen? | | |



26. Hatten oder haben Sie mit Ihrer Menstruation zusammenhängend Beschwerden?
27. Wer war Ihre Bezugsperson im Heranwachsendenalter? Und heute?
28. Wie war Ihr Übergang von der Ausbildung zum Berufsleben? Gab es für Sie dabei Probleme?
Wenn ja, in welcher Art und in welchem Umfang?
29. Haben oder hatten Sie chronische, oder immer wiederkehrende Probleme (auch lange zurückliegend) mit
 - A. Haut?
 - B. Schleimhaut?
 - C. Blut?
 - D. Zähnen und/oder Zahnfleisch?
 - E. Nase? Nasennebenhöhlen?
 - F. Atmung? Oder Atem überhaupt?
 - G. Brust?
 - H. Venen? Hämorrhoiden?
 - I. Wasserlassen?
 - J. Blase?
 - K. Unterleib? Eierstöcken? Gebärmutter? Prostata? Schilddrüse?
 - L. Zähnen? Zahnfleisch?
 - M. Ohren?
 - N. Niere?
 - O. Knochen? Gelenken? Rücken? Schultern? Nacken? Kopf?
 - P. Kopfhaaren?
 - Q. Kreislauf? (zu hohen oder zu niedrigen Druck)
 - R. Herzen?
 - S. Augen?
 - T. Gallenblase? Leber?
 - U. Muskeln?
 - V. Hüften? Knie? Gelenken?
 - W. Magen? Speiseröhren? Darm? Verdauung insgesamt?
Bauchbeschwerden irgendeiner Art?
 - X. Bauchspeicheldrüsen? Diabetes?
 - Y. Leber? Gallenblase?
30. Macht Ihnen Ordnung oder Unordnung Probleme?
31. Stellen Sie bei sich eine Neigung zum Grübeln fest?
32. Kommen Sie vielleicht von bestimmten Gedanken nicht leicht los?
33. Machen Sie sich mehr Sorgen, als Ihnen lieb ist?
34. Sind Sie in vermehrtem Umfange harmoniebedürftig?
35. Sind Sie nachtragend?
36. Sind Sie heimatgebunden? Wechseln Sie gern ihren Wohnort?
37. Brauchen Sie Süßes? Wenn ja, was davon?
38. Sagt man Ihnen, Sie haben oder hatten einen Eisenmangel?
39. zu hohen oder zu niedrigen Cholesteringehalt im Blut?
40. Sind Sie sehr geruchsempfindlich?
41. Neigen Sie chronisch zu Durchfällen? Oder zu Verstopfungen?
42. Haben Sie Verdauungsstörungen? Sodbrennen? Blähungen?



43. Wie ist Ihr Stuhl beschaffen? Konsistenz? Farbe? Geruch? Schleim? Blut?
44. Wie ist es mit Ihren Anpassungsfähigkeiten?
45. Haben Sie Einschlafstörungen? Durchschlafstörungen?
46. Wie ist Ihre Stimmung? Fröhlich? Oder leicht missgestimmt? Ein wenig traurig?
47. Sind Sie gern unter Menschen? Wenn ja, sind Sie der Macher, oder eher der
Oder sind Sie lieber alleine?
48. Teilen Sie sich gern anderen mit?
49. Sagt man Ihnen, dass Sie sehr zurückhaltend, gar etwas verschlossen sind?
50. Haben Sie mit dem Wasserlassen generell etwas Probleme?
51. Waren Sie als Kind Bettnässer?
52. Können Sie gut Ihre Geheimnisse für sich behalten?
53. Sind Sie in gewissem Maße furchtsam?
54. Frieren Sie leicht oder ist Ihnen eher warm?
55. Haben Sie viel Durst? Auf Kaltes? Auf Warmes?
56. Müssen Sie tagsüber oder nachts häufiger Urinieren?
57. Brauchen Sie bei der Nahrung relativ viel Salz oder haben Sie gar eine
Abneigung gegen Salz?
58. Sind Sie sehr geräuschempfindlich?
59. Sind Sie homosexuell?
60. Sagt Ihnen das Wort Angst etwas? Möchten Sie dazu was sagen?
61. Möchten Sie manchmal mit sich in Frieden und in Einklang sein?
Vermissen Sie das?
62. Macht es Ihnen Probleme, sich den anderen mitzuteilen? Tun Sie sich
dabei sehr schwer?
63. Sind Sie im Umgang mit Menschen manchmal sehr unsicher?
64. Quält Sie manchmal ein innerliches flatteriges Gefühl?
65. Kennen Sie Hyperventilation mit Angstzuständen und Atemnot?
Panikattacken?
66. Haben Sie feuchte Hände und /oder Füße?
67. Schwitzen Sie leicht? Wenn ja, wann und an welchen Körperteilen am meisten?
68. Leiden Sie unter relativ starken Stimmungsschwankungen?
69. Hören Sie Klagen diesbezüglich von Ihren Nächsten?
70. Trinken Sie gern Kaffee? Wenn ja wie viel davon? Oder verabscheuen Sie ihn?
71. Kennen Sie Krämpfe? Wenn ja, wo und wann?
72. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?
73. Haben Sie nach dem Aufwachen das Bedürfnis, sich zu strecken, wenn Sie auch
genügend geschlafen haben?
74. Sind Sie Durchzug - empfindlich?
75. Haben Sie einen Bewegungsdrang? Joggen Sie gern? Brauchen Sie es?
76. Mögen Sie Sonne? Wenn ja, können Sie die Hitze gut vertragen?
77. Gestalten Sie gern? Und dies handwerklich?
78. Lieben Sie Veränderungen?
79. Haben Sie in der Herzgegend Druckgefühl? Schmerzen? Unangenehmes
Gefühl? Kleine punktförmige Sensationen wie leichtes Stechen an Herzgegend?
80. Macht es Ihnen Freude an einem Theaterstück auf der Bühne mit zu wirken?
81. Wenn Sie unter Schmerzen leiden (gleich wo), werden diese
durch Druck oder Reibung



durch Wärme oder Kälte (Getränke oder Umschläge)
durch Bewegung oder Ruhe

verbessert oder verschlechtert?

82. Sie stellen sich bitte mehrere Räume vor, die leer sind, von folgenden Farben:
gelb, schwarz, blau, grün, weiß oder rot.
In welchem dieser Räume würden Sie sich gerne alleine aufhalten?
83. Gibt es in jüngster Zeit bei Ihnen Veränderungen des Körpergewichtes,
Änderungen des Appetites, des Schlafes oder der Libido?
84. Falls Sie ca. über 40 Jahre alt sind (als Frau), gibt es bei Ihnen in jüngster Zeit
irgendwelche kleine Auffälligkeiten der Haut, der Atmung, der Verdauung, des
Schlafes und seelisches Befindens?
85. Gibt es in Ihrem Leben etwas, was man in etwa als „Roten Faden“ bezeichnen
könnte? Etwas, was Ihnen durch Ihr Leben mehr oder weniger durchgehend
begleitet?
86. Womit könnte man Ihnen am meisten Freude machen?
87. Was würde Sie am meisten Ärgern?
88. Was würde Sie am ehesten verletzen?
89. Welche Eigenschaften schätzen Sie an sich selbst am meisten?
Und welche am wenigsten?
90. Welche Eigenschaften schätzt Ihre Umgebung an Ihnen am und welche am
wenigsten ?
91. Was würden Sie anders machen, wenn Sie Ihr Leben noch einmal vor sich
hätten?
92. Was würden Sie tun, wenn Sie nur noch eine Woche zu leben hätten?
93. Erkrankungen oder ausgeprägte Neigungen (positiv wie negativ) in Ihrer Familie:
Mutter:
Vater:
Großmutter:
Großvater:
Tante:
Onkel:
Geschwister:
Kinder:
94. Was Sie für wichtig halten mir mitzuteilen, wonach Sie bis hier nicht ausdrücklich gefragt
wurden:



Forum Lotus
Akademie für Akupunktur

Akademie Forum Lotus
Im Stillen Winkel 38
45149 Essen
Tel: 0201.715323
Fax: 0201.7101029
Email: info@forum-lotus.de

96. Grund Ihres Kommens zur Akupunktur:

Datum:

Unterschrift:

Benutzen Sie diesen Platz für Antworten, die Sie oben nicht direkt unterbringen konnten: