

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Stammnummer od. Name: _____ Ausfülldatum: _____

- Diagnose: chronische Schmerzen der LWS klinisch gestellt
 chronische Schmerzen bei Gonarthrose Röntgenbefund
 CT/NMR

TCM-SCHMERZANALYSE UND -DIAGNOSTIK

1. Betroffene Leitbahnen:

LWS-Schmerzen

- Magen-LB Lenker-Gefäß
 Gallenblasen-LB Andere _____
 Blasen-LB _____

Gonarthrose

- Magen-LB Extrapunkte
 Gallenblasen-LB Andere _____
 Blasen-LB _____

2. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):

- Yin Kälte Leere Innen
 Yang Hitze Fülle Außen

3. Pathogenese/Modalitäten/Schmerzqualität: (optionale Angabe)

- Wind Feuchtigkeit Kälte Qi
 Hitze Trockenheit Blut

4. Syndrom Diagnose(n): (optionale Angabe)

SCHMERZTHERAPEUTISCHES GESAMTKONZEPT

5. Therapieverfahren: (bitte ankreuzen und geplantes Beginndatum eintragen)

- Akupunktur: _____ Pharmakotherapie: _____
 Moxibustion: _____ Physio- und Bewegungstherapie: _____
 Neuraltherapie: _____ Andere _____

6. Ist die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels erfolgt? ja nein

Therapieziel: _____

THERAPIEPLAN AKUPUNKTUR

7. Verwendete Leitbahnen:

LWS-Schmerzen

- Magen-LB Lenkergefäß
 Gallenblasen-LB Andere _____
 Blasen-LB _____

Gonarthrose

- Magen-LB Extrapunkte
 Gallenblasen-LB Andere _____
 Blasen-LB _____

8. Akupunkturbehandlungen:

Datum	Akupunkturpunkte	Schmerzsymptomatik		
		besser	gleich	schlechter
1	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung der Verlängerung:

11	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Einschätzung nach Abschluss der Behandlungsserie:

Schmerzstärke (VAS 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10