

Qualitätssicherung Akupunktur: Dokumentation Schmerzanalyse / Therapieplan

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/Schmerzqualität: (optionale Angabe)

- Wind Feuchtigkeit Kälte Qi
 Hitze Trockenheit Blut

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

SCHMERZTHERAPEUTISCHES GESAMTKONZEPT (bei Bedarf anpassbar)

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 (bei Bedarf anpassbar)

7. 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:

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"/>

8. Einschätzung nach Abschluss der Behandlungsserie:

Schmerzstärke (VAS 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10