



Five Elements TCM

St. Gallen

Vor und Nachname _____

Adresse _____

Telefon (tagsüber) _____

E-Mail _____

Telefon (abends) _____

Natel _____

Wie haben Sie von uns gehört? _____

Geburtsdatum _____ Größe und Gewicht _____

Name & Adresse Ihres Arztes _____

Darf ich Kontakt mit ihm aufnehmen? Nein _____ Ja _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Nahrungsergänzungsmittel

Was für Symptome haben Sie? _____

Seit wann?

Haben Sie noch andere Beschwerden die Sie lindern möchten?

Was vermindert oder verbessert Ihre Symptome?

Unterschrift

Ort und Datum

Auf einer Skala von 1 bis 10, mit 10 als "sehr energetisch", wie würden Sie ihre Energie einschätzen?

Wie oft im Jahr leiden Sie an einer Grippe oder Erkältung?

Ist Ihr Blutdruck zu hoch oder zu niedrig? (Wenn es Ihnen beim Aufstehen schwindlig ist, ist er oft zu niedrig)

Haben Sie Verlangen nach Süßem?

Haben Sie Narben oder möglicherweise innere Narben von Operationen?

Haben Sie Schmerzen im Rücken, den Kniegelenken oder den Hüftgelenken die sich mit Ruhe bessern?

Haben Sie Brennen beim Wasserlassen? Nächtliches Urinieren?

Verschlimmern sich Ihre Symptome bei Stress (oder vor der Periode)?

Haben sie verschwommene Sicht oder schlechte Nachtsicht?

Leiden Sie unter Gesichtzucken, Zittern, Schwindel oder Migräne?

Haben Sie täglich Stuhlgang?

Frauen : Wie viele Tage liegen zwischen den Perioden?

Wie lange bluten Sie?

Haben Sie Perioden mit Krämpfen und/oder starken Blutungen?

