

Dokumentationsbogen - Akupunktur

Patientendaten

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungstag: _____

1.) Patientenbefragung

a) Wie lange bestehen bereits diese Schmerzen?

0,5 – 3 Jahre 3 – 10 Jahre > 10 Jahre

b) Wo sind die Schmerzen am stärksten?

Knie (links / rechts / beide) Lendenwirbelsäule (mit / ohne Ausstrahlung)

c) Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

einmal täglich mehrmals täglich dauernd

d) Wie stark ist der Patient durch diese Schmerzen in seinen alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?

Eingang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ausgang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= keine Schmerzen / Beeinträchtigungen bis 10= starke Schmerzen / Beeinträchtigungen

e) Wie stark ist die Stimmung des Patienten durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

Eingang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ausgang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= keine Beeinträchtigungen bis 10= starke Beeinträchtigungen

f) Wie stark sind diese Schmerzen?(eingestuft nach Visueller-Analog-Scala VAS)

Eingang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ausgang: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= keine Schmerzen / Beeinträchtigungen bis 10= starke Schmerzen / Beeinträchtigungen

g) Verlauf

besser schlechter unverändert schwankend

h) Wie zufrieden ist der Patient nach Abschluss der Behandlung?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= sehr zufrieden bis 10= gar nicht zufrieden

2.) Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept

Weitere Therapieverfahren

Injektions-Infusionstherapie

Psychotherapie

Bemerkungen:

Pharmakotherapie

Sonstiges

Physiotherapie

Dokumentationsbogen - Akupunktur

3.) Therapieziele?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung | <input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung |
| <input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten | <input type="checkbox"/> Schlafregulation |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenktrophik | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzhemmung | <input type="checkbox"/> _____ |

4.) Schmerzanamnese in Stichpunkten

5.) Die acht diagnostischen Kriterien (Ba Gang)

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Innen | <input type="checkbox"/> Leere | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Yin | <input type="checkbox"/> Wind |
| <input type="checkbox"/> Außen | <input type="checkbox"/> Fülle | <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Yang | <input type="checkbox"/> Nässe |

6.) TCM-Diagnosen (keine schulmedizinischen Diagnosen)

7.) Therapieplan (Angabe der Akupunkturpunkte, TCM – Therapie)

8.) Verlängerung weil

Bemerkungen:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> kein hinreichender Erfolg | _____ |
| <input type="checkbox"/> Änderung Therapieziel | _____ |
| <input type="checkbox"/> Unzureichende Stabilisierung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ |

Arztstempel

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes