

Dokumentation Akupunktur

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____

Voraussetzungen für eine Akupunkturbehandlung

- ärztl. dokumentierte chronische Schmerzen der LWS länger als 6 Monate.
- ärztl. dokumentierte chronische Knieschmerzen bei Gonarthrose länger als 6 Monate:
 - rechts links bds.

Die Dokumentation und Behandlung erfolgten durch:

- eigene Vorbehandlung
- ärztl. dokumentierte Vorbehandlung andernorts

Eingangsdokumentation:

Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen: I II III

Schmerzstärke im Durchschnitt der letzten Woche:

Keine Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Stärkste Schmerzen

Schmerzhäufigkeit in der letzten Woche:

Keine Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dauerschmerzen

Schmerzbedingte Einschränkung im normalen Tagesablauf:

- überhaupt nicht wenig deutlich stark völlig

Schmerzbedingte Einschränkung der Stimmung:

- überhaupt nicht wenig deutlich stark völlig

TCM Schmerzanalyse und Diagnostik

Behandelte Leitbahnen:

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Magen |
| <input type="checkbox"/> Milz | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Lunge |
| <input type="checkbox"/> 3E | <input type="checkbox"/> Perikard | <input type="checkbox"/> Andere | | |

Die acht diagnostischen Kriterien (Ba Gang):

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

Pathogenese:

- | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wind | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Qi |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|

Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> TLA | <input type="checkbox"/> TENS | <input type="checkbox"/> Pharmakotherapie |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Andere |

Therapieziel:

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit | <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion | <input type="checkbox"/> Andere |
|--|---|---------------------------------|

Abschlussdokumentation:

Haben sich die Schmerzen während der Behandlung verändert?

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> gleich | <input type="checkbox"/> stärker | <input type="checkbox"/> schwächer | <input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|

Schmerzstärke im Durchschnitt der letzten Woche:

Keine Schmerzen 012345678910 Stärkste Schmerzen

Schmerzbedingte Einschränkung im normalen Tagesablauf:

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> deutlich | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> völlig |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

Schmerzbedingte Einschränkung der Stimmung:

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> deutlich | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> völlig |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

Anzahl der Akupunktursitzungen:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 15 |
|-----------------------------|-----------------------------|

Therapieziel erreicht:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teils | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes