

Patienten - Fragebogen

患者问卷

Deutsch-Chinesisch

德语-中文

INTEGRATIVE
TRADITIONELLE
CHINESISCHE
MEDIZIN

Persönliche Daten 个人资料

Stand: Mai 2022

Vor- und Nachname: 姓名		Geschlecht: 性别 <input type="checkbox"/> weiblich 女 <input type="checkbox"/> männlich 男	
Geburtsdatum: 出生日期		Nationalität: 国籍	
Straße: 街道		PLZ/Ort: 邮编/地区	
Telefonnr./privat: 电话号码(宅)		Telefonnr./dienstlich: 电话号码(办)	
E-Mail Adresse:		Newsletter erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>Bei welcher Krankenversicherung sind Sie selbst, bzw. mitversichert? (gesetzliche-, private- und/oder Zusatzversicherung)</p>			
Beruf: 职业		<input type="checkbox"/> Rentner 退休	
Größe: 身高	cm	Gewicht: 体重	kg
		Körperbau: 体态 <input type="checkbox"/> schlank 瘦 <input type="checkbox"/> normal 一般 <input type="checkbox"/> belebt 胖	
<input type="checkbox"/> ledig 单身		<input type="checkbox"/> verh. 已婚	
		<input type="checkbox"/> verwitwet 丧偶	
		<input type="checkbox"/> geschieden 离婚	
		<input type="checkbox"/> Kinder 子女	

- Beschreiben Sie Ihre Beschwerden / Erkrankungen, die durch die Behandlung mit TCM verbessert / beseitigt werden sollen:

您希望通过中医治疗改善或祛除哪些疾病?

- Seit wann haben Sie die Beschwerden / Erkrankung und wie wurden sie bisher behandelt?

您何时开始患有上述疾病? 采取了哪些治疗措施?

- Chinesische Übersetzung:

中文翻译:

- Augenblicklich in Behandlung bei 目前在何处接受治疗

Hausarzt 家庭医生 Facharzt für innere Medizin 内科
 Psychiatrie/Psychotherapie/Neurologie
精神病科 心理治疗 神经科
 sonstige: _____
其它 _____

- Frühere stationäre Behandlungen: 既往住院史

keine 无 Chirurgie 外科
 Innere Medizin 内科 Reha 康复治疗
 Psychiatrie/Psychosomatik
精神病科 心身科 (研究心理对疾病影响的专科) ambulant 门诊 stationär 住院
 Rententräger
养老金保险机构 Krankenkasse
医疗保险公司

- Haben Sie in den letzten Jahren eine von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie durchgeführt? 最近几年内进行过经医保批准的心理治疗吗?

Ich habe keine
Psychotherapie
beantragt und
durchgeführt.

本人未申请和接受过心理治疗。

Eine Psychotherapie
wurde mit ___ Stunden
durchgeführt und im
Monat/Jahr ___ beendet.

我接受过 ___ 小时的心理治疗，
治疗在 ___ 年 ___ 月结束。

Ich befinde mich zur Zeit
in ambulanter Psychotherapie.
Bisherige Behandlungs-
stunden: ___

我目前正接受门诊心理治疗。
至今共治疗了 ___ 小时。

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig: 您因为哪些疾病服用哪些药物?

- Bluthochdruck** : _____
高血压 _____
- Herzerkrankung** : _____
心脏病 _____
- Diabetes** : _____
糖尿病 _____
- Hohes Cholesterin** : _____
高胆固醇 _____
- Schilddrüse** : _____
甲状腺疾病 _____
- Rheuma** : _____
风湿病 _____
- Osteoporose** : _____
骨质疏松 _____
- Magen - Darm** : _____
胃肠疾病 _____
- Schmerzmittel** : _____
止痛药 _____
- Psychopharmaka / Schlafmittel :** _____
心理疾病药/安眠药 _____
- Naturheilmittel** : _____
天然药物 _____
- Sonstige z.B. Pille, Prostata** : _____
其它如避孕药、前列腺药 _____

- **Leiden Sie an:** 您是否患有
 ➔ Hepatitis 肝炎 : Ja 是 Nein 否
 ➔ HIV 艾滋病 : Ja 是 Nein 否
- **Nehmen Sie:** 您是否服用
 ➔ Marcumar 抗凝剂 : Ja 是 Nein 否
- **Haben Sie:** 您是否装有
 ➔ Herzschrittmacher 心脏起搏器 : Ja 是 Nein 否
- ➔ Künstliche Gelenke 人工关节 : Ja 是 Nein 否
 在何部位 wo: _____
- ➔ Knochenplatten /-Schrauben: 骨固定板/固定螺栓 : Ja 是 Nein 否
 在何部位 wo: _____
- ➔ Künstliche Herzklappen 人工心瓣膜 : Ja 是 Nein 否
 在何部位 wo: _____
- **Frühere schwere Operationen oder Erkrankungen wann, welche in zeitlicher Reihenfolge:**
 若曾动过大手术或患过大病, 请按时间顺序说明:

- **Gibt es in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) :**
 有无家族病史(兄弟姐妹、父母、祖父母)
 Herzinfarkt 心梗 Schlaganfall 中风 Bluthochdruck 高血压
 Hohes Cholesterin 高胆固醇 Diabetes 糖尿病
 Krebskrankungen, welche: 癌症及类型 _____

Wie ist die Stimmungslage / Lebenssituation:

您的心态度情绪/生活状况:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen / stabil
平稳 | <input type="checkbox"/> instabil / unausgeglichen
不平稳 |
| <input type="checkbox"/> nervös / gereizt
易激动烦躁 | <input type="checkbox"/> fröhlich / zufrieden
愉快满足 |
| <input type="checkbox"/> ängstlich
胆怯害怕 | <input type="checkbox"/> traurig
忧伤 |
| <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend
和伴侣共同生活 | <input type="checkbox"/> alleinstehend
一个人生活 |
| <input type="checkbox"/> gesellig
合群 | <input type="checkbox"/> einsam
孤僻 |
| <input type="checkbox"/> gleichförmig / angenehm
均衡适中 | <input type="checkbox"/> überfordert / stressig
压力大紧张 |
| <input type="checkbox"/> erfülltes Leben
生活充实 | <input type="checkbox"/> unerfülltes Leben
生活不充实 |
| <input type="checkbox"/> berufstätig
有职业 | <input type="checkbox"/> nicht berufstätig
没有职业 |

Alkohol 喝酒 Ja 是 Nein 否

Nikotin 抽烟 Ja 是 Nein 否

Uneingeschränkte Lebensführung 日常生活行动不受影响

Eingeschränkte Lebensführung 日常生活行动受影响

Hilfsmittel 辅助手段

Pflegebedürftigkeit 需要护理

Pflegemaßnahmen 护理措施

- Einzelorganbefragung**

Kreuzen Sie bitte auf Sie zutreffendes an:

按脏腑系统分别回答，并请在符合您情况的相关处画叉：

1. Herz- und Kreislauferkrankungen 心血管系统

<input type="checkbox"/> Druck im Brustkorb 胸闷	<input type="checkbox"/> Brustschmerzen 胸痛
---	---

Art der Brustschmerzen: 胸痛感觉

<input type="checkbox"/> brennendes Gefühl 烧灼感	<input type="checkbox"/> drückendes beengendes Gefühl 压榨窒息感	<input type="checkbox"/> stechendes Gefühl 针刺感	<input type="checkbox"/> atemunabhängig 与呼吸无关
---	--	---	--

Grad der Schmerzen: 疼痛程度

<input type="checkbox"/> leicht 轻	<input type="checkbox"/> mittel 中	<input type="checkbox"/> schwer 重
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dauer der Beschwerden: 疼痛持续时间

<input type="checkbox"/> 1 bis 5 Min. 1-5分钟	<input type="checkbox"/> 5 bis 15 Min. 5-15分钟	<input type="checkbox"/> über 60 Min. 60分钟以上
--	--	---

Häufigkeit der Beschwerden: 发作次数

<input type="checkbox"/> täglich 每天	<input type="checkbox"/> gelegentlich 偶尔
--	---

<input type="checkbox"/> Herzstolpern 心律失常	<input type="checkbox"/> Herzkloppenerkrankung 心瓣膜病	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt 心肌梗塞	<input type="checkbox"/> Herzkrankgefäß-erkrankung 冠心病	<input type="checkbox"/> chronische Herzinsuffizienz 慢性心机能不全
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血压				
<input type="checkbox"/> nied. Blutdruck 低血压				

2. Atemsystem 呼吸系统

Husten: 咳嗽

<input type="checkbox"/> am Morgen 早晨	<input type="checkbox"/> tagsüber 日间	<input type="checkbox"/> nachts 夜间	<input type="checkbox"/> Liegen/Schlafen 卧睡	<input type="checkbox"/> unregelmäßig 无规律
<input type="checkbox"/> ohne Auswurf/ trockener Husten 无痰(干咳)	<input type="checkbox"/> mit Auswurf: 有痰	<input type="checkbox"/> wenig 少	<input type="checkbox"/> viel 多	<input type="checkbox"/> dünnflüssig 清稀
<input type="checkbox"/> dick und fest 粘稠	<input type="checkbox"/> grünlich 绿黄	<input type="checkbox"/> mit Blut 带血		
<input type="checkbox"/> verstopfte Nase 鼻塞	<input type="checkbox"/> laufende Nase 流鼻涕	<input type="checkbox"/> Rachenschmerzen 咽喉痛		

Atemnot

ja 是

nein 否

3. Verdauungssystem 消化系统

<input type="checkbox"/> Magen-/Bauchschmerzen 胃痛/腹痛	<input type="checkbox"/> Magen-/Bauchblähungen 胃胀/腹胀	<input type="checkbox"/> Verschlechterung nach Mahlzeit 食后加重	<input type="checkbox"/> Linderung nach Mahlzeit 食后减轻	<input type="checkbox"/> Verschlechterung nach fettem Essen 油腻食物后加重
<input type="checkbox"/> unabhängig von Mahlzeiten 与饮食无关	<input type="checkbox"/> Sodbrennen 胃灼热, 烧心 <input type="checkbox"/> tagsüber 日间 <input type="checkbox"/> nachts 夜间			
<input type="checkbox"/> Übelkeit 恶心	<input type="checkbox"/> Übergeben 呕吐	<input type="checkbox"/> Schluckauf 呃逆	<input type="checkbox"/> Aufstoßen 嗳气	
<input type="checkbox"/> Gallensteine 胆结石	<input type="checkbox"/> Zwölffingerdarm-entzündung 十二指肠炎	<input type="checkbox"/> Gallenblasen-entzündung 胆囊炎	<input type="checkbox"/> chronische Gastritis 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> Magen-Darmgeschwür 胃肠溃疡
<input type="checkbox"/> allergische Dickdarm-entzündung 过敏性结肠炎	<input type="checkbox"/> Durchfall 腹泻 wie oft täglich: 每日几次:	<input type="checkbox"/> Verstopfung 便秘 wieviele Tage: 几日一行:		
<input type="checkbox"/> rot-blutiger Stuhl 血便	<input type="checkbox"/> schleimiger Stuhl 大便粘液			

- Ist Ihr Magen**

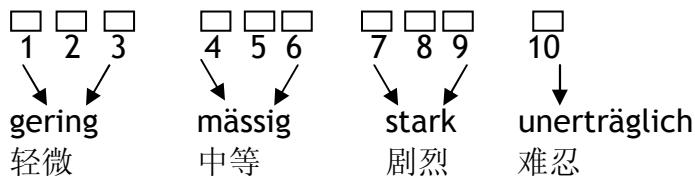
您的胃 wärmempfindlich 遇热不适 kälteempfindlich 遇冷不适

- Auslöser für Ihre Magen- /Bauchschmerzen:**

您胃脘腹部疼痛诱因: _____

- Wie stark sind Ihre Schmerzen**

疼痛程度



- Schmerzcharakter**

疼痛特征

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ziehend
牵拉性痛 | <input type="checkbox"/> krampfartig
痉挛性痛 | <input type="checkbox"/> stechend
刺痛 |
| <input type="checkbox"/> drückend
胀痛/压痛 | <input type="checkbox"/> schneidend
刀割式痛 | <input type="checkbox"/> dumpf
隐痛 |

- Druck auf Magen/Darm**

按压胃脘腹部, 您感觉

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unangenehm
不舒服 | <input type="checkbox"/> angenehm
舒服 |
|--|---|

4. Urologisches System 泌尿系统

<input type="checkbox"/> Unterbauch-schmerzen 下腹部痛	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen 尿痛	<input type="checkbox"/> verminderte Harnproduktion 尿少	<input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen 尿频	<input type="checkbox"/> vermehrter, unbegründeter Harndrang 尿急
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnproduktion 多尿	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung 膀胱炎	<input type="checkbox"/> Nierenbecken-entzündung 肾盂肾炎	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung/ „Nephrotisches Syndrom“ 肾病综合征	
<input type="checkbox"/> Nierensteine 肾结石	<input type="checkbox"/> chronisch eingeschränkte Nierenfunktion 慢性肾功能减退	<input type="checkbox"/> Inkontinenz 尿失禁 <input type="checkbox"/> Blut im Urin 血尿	Urinfarbe 颜色 <input type="checkbox"/> klar 清 <input type="checkbox"/> gelb 黄 <input type="checkbox"/> sonstig 其它	<input type="checkbox"/> ungewöhnlicher Geruch vom Urin 尿味异常

5. Neurologisches System 神经系统

<input type="checkbox"/> Schwindel 眩晕	<input type="checkbox"/> Schwäche 虚弱	<input type="checkbox"/> taubes Gefühl 麻木		
<input type="checkbox"/> Teillähmung im Gesicht 面部偏瘫	<input type="checkbox"/> Teillähmung am Körper 肢体偏瘫	<input type="checkbox"/> undeutliches Sprechen 言语不清	<input type="checkbox"/> neuralgischer Trigeminus 三叉神经痛	<input type="checkbox"/> epileptische Anfälle 癫痫
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen bzw. 头痛 <input type="checkbox"/> Migräne 偏头痛	<input type="checkbox"/> leicht 轻	<input type="checkbox"/> mittel 中	<input type="checkbox"/> schwer 重	<input type="checkbox"/> vorübergehend 一过性
	<input type="checkbox"/> anhaltend 持续性	<input type="checkbox"/> mit Lichtscheu 伴畏光	<input type="checkbox"/> mit Erbrechen 伴呕吐	<input type="checkbox"/> mit Schwindel 伴眩晕
	<input type="checkbox"/> akut 急性	<input type="checkbox"/> chron.rez. 慢性复发	<input type="checkbox"/> dauerhaft 经常不断	
VAS-Schmerzskala 近似法疼痛刻度表	1 2 3 <input type="checkbox"/> gering 轻微	4 5 6 <input type="checkbox"/> mässig 中等	7 8 9 <input type="checkbox"/> stark 剧烈	10 <input type="checkbox"/> unerträglich 难忍

- An welcher Stelle treten die Kopfschmerzen auf?

头痛部位

- Ursache der Kopfschmerzen:

头痛原因

witterungsbedingt
与天气有关

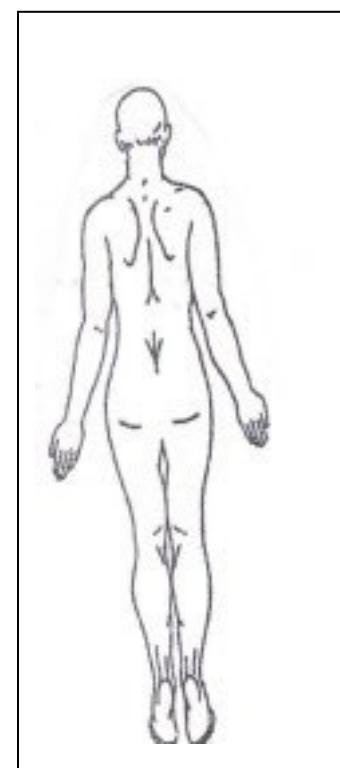
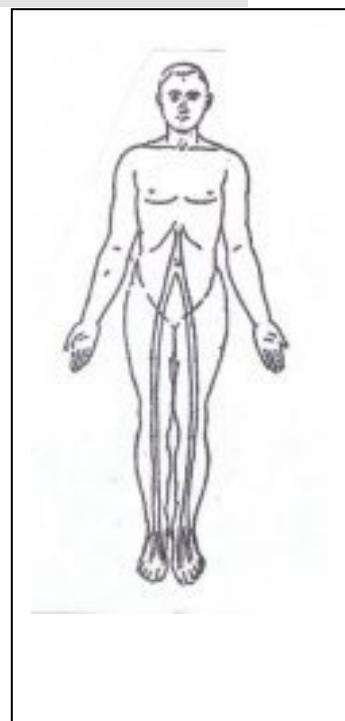
stimmungsbedingt
与情绪有关

durch Kälte
受寒

durch Hitze
受热

6. Bewegungsapparat 运动能力

	rechts 右	links 左	Schwellung 肿胀	Rötung 发红	Schmerzen 疼痛
Schulter 肩部	<input type="checkbox"/>				
Nacken 颈部			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen 肘关节	<input type="checkbox"/>				
Handgelenk 腕关节	<input type="checkbox"/>				
Finger 指关节	<input type="checkbox"/>				
Rücken/Kreuz 背部/腰部			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk 髋关节	<input type="checkbox"/>				
Knie 膝关节	<input type="checkbox"/>				
Fußgelenk 踝关节	<input type="checkbox"/>				
Zehengelenk 趾关节	<input type="checkbox"/>				
Rheuma 风湿			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide 类风湿			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt
活动是否受限 Ja Nein
- Auslöser für die Schmerzen / Beweglichkeits Einschränkung
疼痛/活动受限的起因

Schmerzart 疼痛类别	<input type="checkbox"/> akut 急性	<input type="checkbox"/> chron.rez. 慢性复发	<input type="checkbox"/> dauerhaft 持续不断	
VAS-Schmerzskala 疼痛刻度表	1 2 3 <input type="checkbox"/> gering 轻微	4 5 6 <input type="checkbox"/> mässig 中等	7 8 9 <input type="checkbox"/> stark 剧烈	10 <input type="checkbox"/> unerträglich 难忍
Charakter: 疼痛特征	<input type="checkbox"/> oberflächlich 浅表的	<input type="checkbox"/> tief 深层的	<input type="checkbox"/> hell 显痛	<input type="checkbox"/> stechend 刺痛
	<input type="checkbox"/> dumpf 隐痛	<input type="checkbox"/> bohrend 钻痛	<input type="checkbox"/> brennend 灼痛	

7. Allergische Krankheiten 过敏性疾病

<input type="checkbox"/> Hautjucken 皮肤发痒	<input type="checkbox"/> Hautausschlag 皮疹	<input type="checkbox"/> allergischer Schnupfen 过敏性鼻粘膜炎	<input type="checkbox"/> allergisches Asthma 过敏性哮喘	<input type="checkbox"/> allergische Schwellungen 过敏性水肿
<input type="checkbox"/> Nesselausschlag 荨麻疹	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen 枯草热/ 花粉过敏	<input type="checkbox"/> Allergie gegen 对 过敏	<input type="checkbox"/> Augenbrennen 眼睛灼热	<input type="checkbox"/> Fließschnupfen 流鼻涕

8. Andere Symptome 其它症状

- **Stimmung:** depressiv 抑郁 aggressiv 好斗 ungeduldig 性急
 - **Schwitzen:** tags 自汗 nachts 盗汗
 - **Schlafstörung:** Einschlaf-störung 入睡困难 Durchschlaf-störung 持续睡困难
 - **Vergesslichkeit:** Kurzzeit- gedächtnis 短期记忆 Langzeit- gedächtnis 长期记忆
 - **Hitzewallungen:** Wechseljahre 更年期 unklare Ursache 原因不明
 - **Blutarmut:** Ja 是 Nein 否
 - **Schilddrüse:** Überfunktion 亢进 Unterfunktion 渏退
 Zustand nach OP 手术后状态 Entzündung 炎症
 - **Monatsregel:** regelmäßig 准时 unregelmäßig 不准时
 mit Schmerzen 疼痛 im Klimakterium 绝经期
 - **Potenzstörung:** Ja 是 Nein 否
 - **Vergeblicher Kinderwunsch:** Ja 是 Nein 否
- 生育有问题

- **Art und Form der Behandlung:** 治疗方式

ambulant 门诊

ambulant -stationär 门诊 -住院

(Patient kümmert sich eigenständig um Unterkunft und Verpflegung 患者自行安排住宿和膳食)

Auf Wunsch schulmedizinische Beratung und ggf. Behandlung

因应要求提供常规医疗建议，并在需要时进行治

- **Legen Sie bitte Arztbriefe, bisheriger Untersuchungen und Behandlungen ggf. mit Laborwerten - sofern in Ihren Händen befindlich - diesem Fragebogen bei, damit wir uns vorab ein umfassendes Bild Ihrer Verfassung machen können.**

如有医生信件、以往检查和治疗报告及实验室值，请随本问卷一起附上，以便我们提前了解您的状况。

Ort, Datum, Unterschrift

iTCM-Klinik Illertal GmbH
Krankenhausstraße 7
D-89257 Illertissen

T. +49(0)7303.952926.0
F. +49(0)7303.952926.90
www.itcm-illertal.de
info@itcm-illertal.de

Geschäftsführerin
Sigrid Losert
Ärztlicher Direktor
CA Dr. med. Wolfgang Pflederer

Registergericht Memmingen
HRB.-Nr. 11968
Gerichtsstand Memmingen