

Patienten - Fragebogen

患者问卷

Deutsch-Chinesisch

德语-中文

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	
Bei welcher Krankenversicherung sind Sie selbst, bzw. mitversichert? (gesetzliche-, private- und/oder Zusatzversicherung)			
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"/> beleibt 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

<input type="checkbox"/> Hausarzt 家庭医生	<input type="checkbox"/> Facharzt für innere Medizin 内科
<input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychotherapie/Neurologie 精神病科 心理治疗 神经科	
<input type="checkbox"/> sonstige: _____ 其它 _____	

- Frühere stationäre Behandlungen: 既往住院史

<input type="checkbox"/> keine 无	<input type="checkbox"/> Chirurgie 外科
<input type="checkbox"/> Innere Medizin 内科	<input type="checkbox"/> Reha 康复治疗
<input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik 精神病科 心身科 (研究心理对疾病影响的专科)	<input type="checkbox"/> ambulant 门诊 <input type="checkbox"/> stationär 住院 <input type="checkbox"/> Rententräger <input type="checkbox"/> Krankenkasse 养老金保险机构 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？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ____ 个小时的心理治疗，治疗在 ____ 年 ____ 月结束。	Ich befinde mich zur Zeit in ambulanter Psychotherapie. Bisherige Behandlungsstunden: ____ 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?

- | | | | |
|--------------------------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck
高血压 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankung
心脏病 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes
糖尿病 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Hohes Cholesterin
高胆固醇 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schilddrüse
甲状腺疾病 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Rheuma
风湿病 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Osteoporose
骨质疏松 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Magen - Darm
胃肠疾病 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel
止痛药 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Psychopharmaka / Schlafmittel
心理疾病药/安眠药 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Naturheilmittel
天然药物 | : | _____ |
| | | | _____ |
| | | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 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 : ☐ Ja 是 ☐ Nein 否
心脏起搏器

 - ➔ Künstliche Gelenke : ☐ Ja 是 ☐ Nein 否
人工关节
在何部位 wo: _____

 - ➔ Knochenplatten /-Schrauben: ☐ Ja 是 ☐ Nein 否
骨固定板/固定螺钉
在何部位 wo: _____

 - ➔ Künstliche Herzklappen : ☐ Ja 是 ☐ Nein 否
人工心瓣膜
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)

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt 心梗	<input type="checkbox"/> Schlaganfall 中风	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血压
<input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin 高胆固醇	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, welche: _____ 癌症及类型		

Wie ist die Stimmungslage / Lebenssituation:

您的心态情绪/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

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Uneingeschränkte Lebensführung | 日常生活行动不受影响 |
| <input type="checkbox"/> 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, 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"/> Herzklappen- erkrankung 心瓣膜病	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt 心肌梗塞	<input type="checkbox"/> Herzkranzgefäß- 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 餐后加重	<input type="checkbox"/> Linderung nach Mahlzeit 餐后减轻	<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 嗝气	

<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-Darm-geschwür 胃溃疡
--	--	---	---	---

<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

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
↓ ↓			↓ ↓			↓ ↓			↓
gering			mässig			stark			unerträglich
轻微			中等			剧烈			难忍

- **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"/> Unterbauchschmerzen 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"/> Nierenbeckenentzündung 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	
<u>VAS-Schmerzskala</u> 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

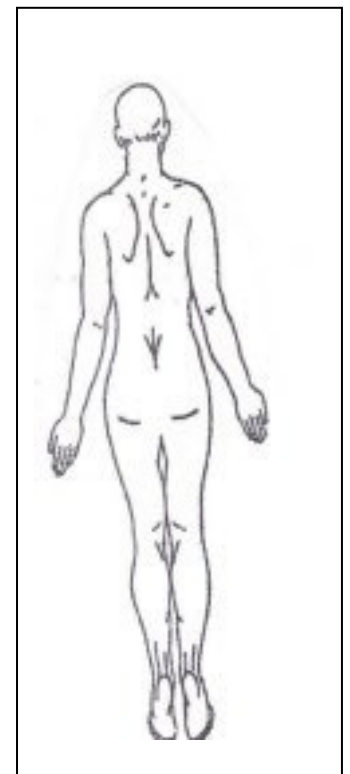
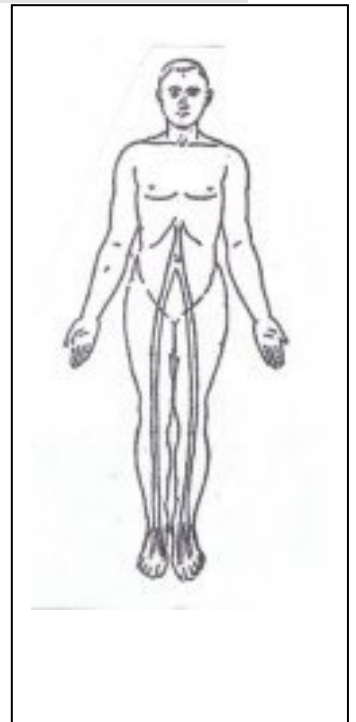
- Ursache der Kopfschmerzen:

头痛原因

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> witterungsbedingt
与天气有关 | <input type="checkbox"/> stimmungsbedingt
与情绪有关 |
| <input type="checkbox"/> durch Kälte
受寒 | <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken 颈部			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen 肘关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk 腕关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger 指关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie 膝关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußgelenk 踝关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehengelenk 趾关节	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	
<u>VAS-Schmerzskala</u> 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 过敏性鼻粘膜炎症	<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:** 情绪方面
 - ☐ depressiv 抑郁
 - ☐ aggressiv 好斗
 - ☐ ungeduldig 性急
- **Schwitzen:** 出汗情况
 - ☐ tags 自汗
 - ☐ nachts 盗汗
- **Schlafstörung:** 睡眠困难
 - ☐ Einschlafstörung 入睡困难
 - ☐ Durchschlafstörung 持续睡困难
- **Vergesslichkeit:** 健忘
 - ☐ Kurzzeitgedächtnis 短期记忆
 - ☐ Langzeitgedächtnis 长期记忆
- **Hitzewallungen:** 潮热
 - ☐ Wechseljahre 更年期
 - ☐ unklare Ursache 原因不明
- **Blutarmut:** 贫血
 - ☐ Ja 是
 - ☐ Nein 否
- **Schilddrüse:** 甲状腺功能
 - ☐ Überfunktion 亢进
 - ☐ Unterfunktion 减退
 - ☐ Zustand nach OP 手术后状态
 - ☐ Entzündung 炎症
- **Monatsregel:** 月经
 - ☐ regelmäßig 准时
 - ☐ unregelmäßig 不准时
 - ☐ mit Schmerzen 疼痛
 - ☐ im Klimakterium 绝经期
- **Potenzstörung:** 性功能障碍
 - ☐ Ja 是
 - ☐ Nein 否
- **Vergeblicher Kinderwunsch:** 生育有问题
 - ☐ Ja 是
 - ☐ Nein 否

- **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，并在必要时进行治

- **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