

## Dokumentation Akupunkturbehandlung

- Eingangsdokumentation -

Praxisstempel

.....  
Vorname, Name

Geburtsdatum .....

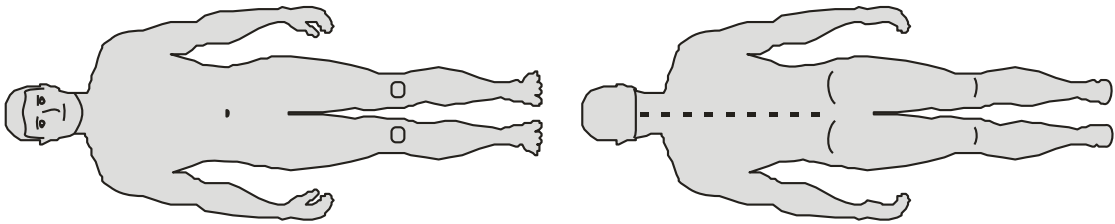
Datum der Dokumentation

### Diagnose:

- chronische Schmerzen der **Lendenwirbelsäule**, seit mehr als 6 Monaten  
 chronische Schmerzen bei **Kniearthrose**, seit mehr als 6 Monaten     rechts,     links  
 klinisch gestellt     Röntgenbefund     CT/ MR

### Fragen 1 bis 6 vom Patienten zu beantworten

#### 1.) Lokalisation des Schmerzes – wo empfindet der Patient den Schmerz?



#### 2.) Schmerzdauer – seit wann besteht der Schmerz ?

- Länger als ½ Jahr,     länger als 1 Jahr,     länger als 3 Jahre,     länger als 5 Jahre.

#### 3.) Schmerzstärke – wie stark empfindet der Patient den Schmerz ?

Keine Schmerzen    0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10    stärkste vorstellbare Schmerzen

#### 4.) Schmerzhäufigkeit – wie oft tritt der Schmerz auf ?

- mehrmals täglich,     täglich,     wöchentlich,     monatlich,

#### 5.) Wie stark beeinträchtigt der Schmerz die Alltagstätigkeiten ?

- überhaupt nicht,     wenig,     deutlich,     stark ,     völlig.

#### 6.) Wie stark beeinträchtigt der Schmerz die Stimmung ?

- überhaupt nicht,     wenig,     deutlich,     stark ,     völlig.

b.w.

**Bisherige Therapien**

---

**Geplante Akupunkturbehandlungen vom**

**bis spätestens**

1.      2.      3.      4.      5.      6.      7.      8.      9.      10.

**Behandlungskonzept**

Frontale Umlauf

mittlere Umlauf

dorsale Umlauf

Qi .....

Blut .....

Feuchte .....

Yin-Mangel

Yang-Mangel

Kälte

Hitze

Wind

Feuchtigkeit

mitbeteiligtes Organ ?

weitere Reizarten/ MAPS

Physiotherapie

Sonstiges .....

Pharmakotherapie

---

**Verlängerung weil**

**geplante Akupunkturbehandlungen bis spätestens**

11.

12.

13.

14.

15.

Unterschrift