

Dokumentation der Akupunktur-Behandlung

(zur Erfüllung der Anforderungen nach § 6 der Akupunktur-Vereinbarung)

Name des Arztes:

I. Name des Patienten:	Stamnummer:	Ausfülldatum:
Diagnose:		
<input type="checkbox"/> chron. Schmerzen der LWS	<input type="checkbox"/> linkes Knie <input type="checkbox"/> rechtes Knie	<input type="checkbox"/> beide Kniegelenke
<input type="checkbox"/> chron. Schmerzen bei Gonarthrose:	<input type="checkbox"/> Röntgenbefund	<input type="checkbox"/> CT/ NMR
<input type="checkbox"/> klinisch gestellt		
<input type="checkbox"/> mind. 6-monatiges Schmerzintervall,	dokumentiert durch:	
II. TCM Schmerzanalyse u. Diagnostik		
1. Stärke Hauptschmerz zu Beginn		
keine Schmerzen	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	stärkster vorstellbarer Schmerz
2. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz:		
3. Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:		
4. Betroffene Leitbahnen:		
LWS-Schmerzen: <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Lenkergesäß <input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Andere:	
Gonarthrose: <input type="checkbox"/> Milz <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Andere:	
5. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):		6. Pathogenese/ Schmerz-Qualität (optional):
<input type="checkbox"/> Yin <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Leere <input type="checkbox"/> Innen	<input type="checkbox"/> Wind <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Yang <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Fülle <input type="checkbox"/> Außen	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Qi
7. Syndrom Diagnose(n) (optional):		
III. Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept		
Weitere Therapieverfahren: <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Moxibustion <input type="checkbox"/> Andere:		
Geplantes Beginndatum:		
Ist die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapieziel:

IV. Verwendete Punkte:

LWS-Schmerzen:

Gonarthrose:

tonisieren sedieren

V. Zwischenanamnese:

**Stärke des Hauptschmerzes in der
Zwischenanamnese**

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

**VI. Schmerzsituation bei Abschluss der
Behandlung**

1. Schmerzlokalisierung

**2. Zufriedenheit mit der
Schmerzbehandlung**

sehr zufrieden ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ gar nicht zufrieden

3. Stärke des Hauptschmerzes

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Schmerzhäufigkeit

gar nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ täglich ohne Unterbrechung

VII. Besonderer Begründung bei Durchführung einer Körperakupunktur bis zu 15-mal im Krankheitsfall:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel