

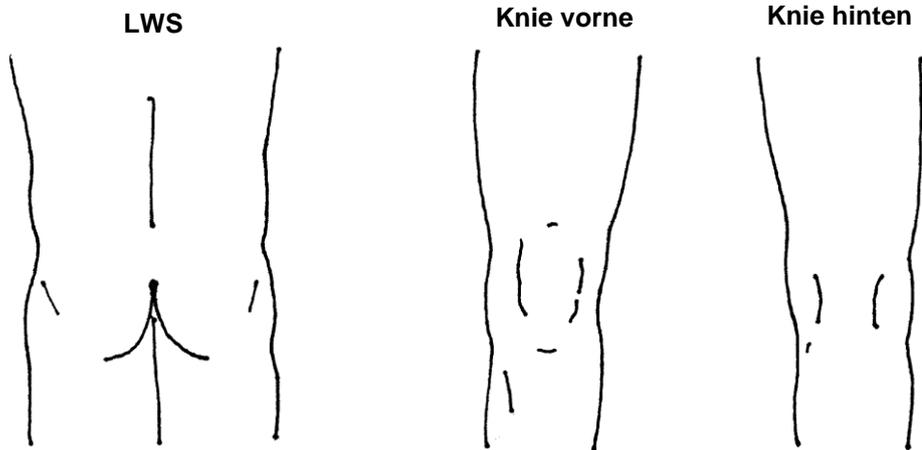
Qualitätssicherung Akupunktur: Dokumentation Schmerzanalyse/Therapieplan

Stammnummer od. Name: _____ **Datum:** _____

- Diagnose:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen der LWS > 6 Monate | <input type="checkbox"/> klinisch gestellt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Gonarthrose > 6 Monate | <input type="checkbox"/> Röntgenbefund |
| | <input type="checkbox"/> CT/NMR |

TCM SCHMERZANALYSE UND DIAGNOSTIK

1. Schmerzlokalisierung: (bitte einzeichnen)



2. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang) :

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

3. Pathogenese/Schmerzqualität:

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitbahnen | <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Wind | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Funktionskreis | <input type="checkbox"/> Qi | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Hitze |

4. Syndrom Diagnose(n): (optionale Angabe)

SCHMERZTHERAPEUTISCHES GESAMTKONZEPT (bei Bedarf anpassbar)

5. Weitere Therapieverfahren: (bitte Reihenfolge und geplantes Beginndatum eintragen)

- | | |
|---|---|
| <p>___ Akupunktur lokale Punkte _____</p> <p>___ Akupunktur Fernpunkte _____</p> <p>___ Akupunktur Funktionskreis _____</p> <p>___ Injektions-Infusionstherapie _____</p> | <p>___ Pharmakotherapie: _____</p> <p>___ Physiotherapie: _____</p> <p>___ _____</p> <p>___ _____</p> |
|---|---|

6. Ist die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels erfolgt? ja nein

Therapieziele: (Mehrfachangaben möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung | <input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung |
| <input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten | <input type="checkbox"/> Schlafregulation |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenktrophik | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzhemmung | <input type="checkbox"/> _____ |

THERAPIEPLAN AKUPUNKTUR

7. Geplante Akupunkturbehandlungen: (bitte Termine eintragen)

- | | | | |
|---------|----------|---|----------|
| 1 _____ | 6 _____ | VERLÄNGERUNG weil: | 11 _____ |
| 2 _____ | 7 _____ | <input type="checkbox"/> Kein hinreichender Erfolg | 12 _____ |
| 3 _____ | 8 _____ | <input type="checkbox"/> Änderung Therapieziel | 13 _____ |
| 4 _____ | 9 _____ | <input type="checkbox"/> Unzureichende Stabilisierung | 14 _____ |
| 5 _____ | 10 _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges (s. Frage 6) | 15 _____ |

Qualitätssicherung Akupunktur: Fragebogen für Patienten

- Aufnahmebefragung Abschlussbefragung Datum: **Stamnummer od. Name:**.....
- Vom Patienten ausgefüllt Vom Arzt telefonisch beim Patienten erfragt (nur bei Abschlussbefragung)

Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen wegen denen Sie Akupunktur erhalten

Frage 1. bitte nur bei der Aufnahmebefragung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.

1. **Wie lange haben Sie diese Schmerzen?** 0,5 - 3 Jahre 3-10 Jahre > 10 Jahre

2. **Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?** rechtes Knie Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung
Bitte nur ein Kreuz machen linkes Knie Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung
 beide Knie

Fragen 3-6 beziehen sich auf Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt. Bitte nur ein Kreuz machen.

3. **Wie stark waren diese Schmerzen?** keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz
4. **Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?** gar nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ täglich ohne Unterbrechung
5. **Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?** keine Beeinträchtigung ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare Beeinträchtigung
6. **Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?** keine Beeinträchtigung ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Frage 7 bitte nur nach erfolgter Behandlung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.

7. **Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung dieser Schmerzen insgesamt?** gar nicht zufrieden ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr zufrieden

Herzlichen Dank !