Datum:......................................Naam:................................................................M/V:....................

Adres:.........................................................................................................................................

Postcode en Stad:......................................................................................................................

Geboortedatum:......................................................Tel:................................................................

Beroep:.........................................................................................................................................

Burgerservicenummer(BSN):.........................................................................................................

Klachten:

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Waar (voorhoofd, lage rug, linkerschouder?)

......................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................…...

Wanneer (wanneer het begon?)

......................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................…...

**De TCM tien vragen**

1. Heet / koud

 • Heeft u koorts?

 • Lichte koorts in de middag of avond

 • Koorts die 's middags verergert

 • Chronische lichte koorts

 • warm aanvoelen, waar? (hand, voeten, lichaam)

 • het koud hebben, waar? (hand, voeten, lichaam)

 • Wisselt af tussen warm en koud aanvoelen

 • warm aanvoelen zonder koorts

 • koud aanvoelen met / zonder tekenen van externe ziekteverwekkers

2. Zweten

 • Spontaan zweten overdag met weinig of geen inspanning

 • Nacht zweet ?

 • Vettig kraalachtig zweet op het voorhoofd?

 • Zweten over het hele lichaam?

 • Zweten op handpalmen, voetzolen en borst?

3. Hoofd / gezicht

-Hoofdpijn

 • Chronisch

 • Erge, ernstige

 • Voelt zwaar aan "als een vochtige handdoek omwikkeld"

 • Frontale hoofdpijn

 • Tijdelijke hoofdpijn

 • Vertex hoofdpijn

 • Achterste a / of occipitaal

 • Erger nog gedurende de dag

 • Erger nog tijdens de avond

 • Duizeligheid?

 • Met verlies van evenwicht

 • Met zwaar / troebel gevoel in het hoofd

 • Erger met vermoeidheid

 • Plotseling begin

 • Geleidelijk begin

Ogen:

 • Oogpijn, zwelling en / of roodheid

 • Wazig zien a / of "floaters"

 • Droge ogen

 • Gele sclera

 • Abnormale oogbewegingen

Oren:

 • Plotseling optredende tinnitus

 • Chronische tinnitus

 • Plotseling optredende doofheid

 • Geleidelijk optredende doofheid

4. Pijngerelateerde problemen

 • Pijn die beter is bij het toepassen van warmte

 • Pijn die wordt verbeterd door druk op het gebied

 • Pijn die wordt verergerd door druk op het gebied

 • Pijn die wordt verergerd bij vochtig weer

 • Pijn die gepaard gaat met een opgeblazen gevoel, volheid en / of uitzetting

 • Pijn die scherp en / of stekend is

 • Pijn die van locatie naar locatie gaat

 • Doffe pijn die erger wordt door vermoeidheid

5. Urine en ontlasting

Urine:

 • Incontinentie

 • Retentie van urine

 • Pijn bij het plassen

 • Bleke / donkere kleur

 • Weinig plassen

6. Dorst, eetlust en smaken

Dorst:

 • Gebrek aan dorst en / of verlangen naar warme drank

 • Sterke dorst, zoals koude drank

 • Een droge mond wil / wil geen water drinken

 • Dorst wil / geen verlangen om te drinken

Eetlust:

 • Gebrek aan eetlust

 • grote eetlust

 • Volheid, opgeblazen gevoel en / of zwelling na het eten

 • Voorkeur voor warme / warme gerechten

 • Voorkeur voor koude / koude gerechten

7. Slaap

 • Moeite om in slaap te vallen, maar slaapt goed

 • Wordt vaak wakker

 • Nachtmerries / gewelddadige dromen / geen droom

 • Onrustig slapen na laat eten

8. Thorax- en buikgebied

 • Pijn op de borst

 • Pijn op de borst bij hoesten

 • Hypchondrische pijn

 • Epigastrische pijn

 • Pijn in de onderbuik

9. Gynaecologische problemen

 • Vroege periodes / late periodes

 • Onregelmatige menstruatie

 • Zware periodes / schaarse periodes

 • Bleek bloed / donkerrood bloed

 • Bloedproppen

Leukorroe:

 • Wit geel

10. Anderen

* Medische geschiedenis:
* Familie / genetische ziekten
* Operaties, ongevallen, medicijnen, ziekten?
* Hoge bloeddruk / cholesterol / diabetes
* Allergie / Alcohol / rook:
* Sport: