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: