

Qualitätssicherung Akupunktur: Fragebogen für Patienten

Von der Praxis auszufüllen:

<u>Patientenname</u> :	<u>Geboren</u> :	<u>Diagnose</u> : <input type="checkbox"/> chron. Schmerzen LWS <input type="checkbox"/> chron. Schmerzen Kniegelenksarthrose
------------------------	------------------	---

Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen, wegen derer Sie Akupunktur erhalten

Datum:..... **Eingangsbefragung (Eingangserhebung)**

a) Wie lange haben Sie diese Schmerzen?

- 6-12 Monate
 1-3 Jahre
 3-10 Jahre
 länger als 10 Jahre

b) Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten? (bitte nur ein Kreuz machen)

- Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung
 rechtes Knie
 beide Knie
 Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung
 linkes Knie

Die Fragen 1-4 beziehen sich auf Ihre Schmerzen im Durchschnitt (bitte nur ein Kreuz machen)

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

Datum:..... **Ausgangsbefragung (Verlaufserhebung)**

Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen, wegen derer Sie Akupunktur erhielten

Die Fragen 1-4 beziehen sich auf Ihre Schmerzen im Durchschnitt (bitte nur ein Kreuz machen)

1. Wie stark sind diese Schmerzen?	Schmerzen
keine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare
2. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?	Schmerzen
gar nicht	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ täglich ohne Unterbrechung
3. Wie stark sind Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?	Beeinträchtigung
keine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare
4. Wie stark ist Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?	Beeinträchtigung
keine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare
Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung dieser Schmerzen insgesamt? (bitte <u>nur ein Kreuz</u> machen)	Zufriedenheit
gar nicht	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr

Vielen Dank!

Unterschrift Patient:

Arztstempel

Qualitätssicherung Akupunktur Dokumentation:

Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept / Schmerzanalyse / Therapieplan

Datum:	Patientenname:
Diagnose: <input type="checkbox"/> Schmerzen der LWS > 6 Monate <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Gonarthrose	Diagnose festgestellt durch: <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Röntgenbefund <input type="checkbox"/> CT / NMR

TCM Schmerzanalyse und Diagnostik

1. Betroffene Leitbahnen:

LWS-Schmerzen

-
- Magen-LB
-
-
- Gallenblasen-LB
-
-
- Blasen-LB
-
-
- Lenker-Gefäß
-
-
- Andere

Gonarthrose

-
- Magen-LB
-
-
- Gallenblasen-LB
-
-
- Blasen-LB
-
-
- Extrapunkte
-
-
- Andere

Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept

2. Bisher durchgeführte und geplante Therapieverfahren: (bitte ankreuzen und geplantes Beginndatum eintragen)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie | <input type="checkbox"/> Physio- & Bew.therapie: |
| <input type="checkbox"/> Moxibustion | <input type="checkbox"/> Pharmakotherapie | |

3. Die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels ist erfolgt : ja nein

Therapieziel:

Therapieplan Akupunktur

1. Betroffene Leitbahnen:

LWS-Schmerzen

-
- Magen-LB
-
-
- Gallenblasen-LB
-
-
- Blasen-LB
-
-
- Lenker-Gefäß
-
-
- Andere

Gonarthrose

-
- Magen-LB
-
-
- Gallenblasen-LB
-
-
- Blasen-LB
-
-
- Extrapunkte
-
-
- Andere

Symptomatik

Tag	Datum	Akupunkturpunkte	+	/	-
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ggf. Begründung für zeitliche Überschreitung der 6-Wo.-Frist:

- | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------------|
| Verlängerung bis 15 Behandlg. notwendig? Begründung: | <input type="checkbox"/> unzureichende Stabilisierung | <input type="checkbox"/> kein hinreichender Erfolg | <input type="checkbox"/> Änderung Therapieziel auf: | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
|---|---|--|---|-------------------------------------|

11.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ggf. Begründung für zeitliche Überschreitung der 12-Wo.-Frist:

Einschätzung nach Abschluss der Behandlungsserie

Schmerzstärke (VAS 1-10)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
--------------------------	---------------------