

Dokumentation der Akupunktur-Behandlung
(zur Erfüllung der Anforderungen der Akupunktur-Vereinbarung)

Name des Arztes/ der Ärztin:

Ia.

Patientenname: _____ Ausfülldatum: _____

1. Diagnose:

- chron. Schmerzen der LWS
 chron. Schmerzen bei Gonarthrose: links rechts beidseits
- klinisch gestellt Röntgenbefund CT/ NMR
- mind. 6-monatiges Schmerzintervall dokumentiert durch: Vorbehandler Akupunkteur

2. Lokalisation Hauptschmerz: LWS Kniegelenk

3. Verwendete Punkte:

- LWS-Schmerzen (Angabe erforderlich): _____
- Gonarthrose (Angabe erforderlich): _____

4. Betroffene Leitbahnen:

- LWS-Schmerzen: Blase Gallenblase Lenkergesäß Niere Andere: _____
- Gonarthrose: Milz Leber Gallenblase Magen Andere: _____

5. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):

- Yin Kälte Leere Innen
 Yang Hitze Fülle Außen

Ib.

Schmerzsituation vor Beginn der Behandlung

1. Stärke Hauptschmerz

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Schmerzhäufigkeit :

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Täglich ohne Unterbrechung

3. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz:

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vollständig

4. Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vollständig

