**FORMULARIO D’ANAMNESI PER LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE**

**(ANAMNESE AUFNAHMEFORMULAR TRADITIONELLE CHINESISCHE MEDIZIN)**

**Cognome: Nome:**

**Via: CAP: Città:**

**Data di nascita: Tel priv:**

**Professione:**

**Datore di lavoro:**

**Cassa Malati Complementare: Numero d’assicurato:**

**Raccomandato da: Numero tessera:**

**Indirizzo e-mail:**

**Qual è il motivo della sua visita?**

Grund Ihrer Untersuchung? …………………………………………………………………………………………………..

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

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

**Da quanto tempo esiste questo**

**problema di salute?**

Seit wie langer Zeit besteht dieses

gesundheitliche Problem? ………………………………………………………………………………………………….

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

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

**Per il suo problema è già stato in cura medica,**

**oppure ha effettuato altri trattamenti?**

Waren Sie für Ihr Problem schon in ärztlicher

Behandlung oder haben Sie Therapien

durchgeführt ? …………………………………………………………………………………………………..

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

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

**In caso affermativo per quanto tempo?**

Wenn ja, für wie lange Zeit? ………………………………………………………………………………………………….

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

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

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie infettive sanguigne a trasmissione**

**ematica? (p.es. epatite A,B,C, AIDS o altre)**

Blutinfekte wie Hepatitis A,B,C und AIDS

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie della pelle? (p. es. psoriasi, herpes)**

Hauterkrankung? (z.B. Psoriasis, Herpes)

Se si quali?

Wenn ja welche ? ……………………………………………………………………

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Affezioni cardiache del cuore?**

**(p.es. infarto cardiaco, angina pectoris, vizi cardiaci, insufficienza cardiaca, disturbi del ritmo cardiaco)**

Herzerkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris， Herzinsuffizienz, Kreislaufstörungen)

Se si quali?

Wenn ja welche ? ………………………………………………………

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Disturbi circolatori e vascolari?**

**(p.es. pressione del sangue troppo alta, gravi disturbi di circolazione alle gambe, vene varicose, trombosi, embolie)**

Durchblutungsstörungen, Kreislaufstörungen?

**(**z. B. Bluthochdruck, Krampfadern, Trombosen, Embolie)

Se si quali ?

Wenn ja welche ? …………………………………………………………

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie polmonari o delle vie respiratorie?**

**(p.es. tubercolosi, asma, enfisema, bronchite acuta o cronica)**

Lungenkrankheiten, Erkrankungen der Bronchien?

(z. B. Tuberkulose, Asthma, akute oder chronische Bronchitis)

Se si quali?

Wenn ja welche ? ………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Soffre di disturbi della digestione?**

**(p.es. stomaco, intestino, altro)**

Verdauungsprobleme? (z.B. Magen- Darmbeschwerden)

Se si quali?

Wenn ja welche? ……………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie del fegato/cistiffelea?**

Erkrankungen der Leber/Gallenblase?

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie dei reni/vescica/prostata/ginecologiche?**

Erkrankung der Nieren/Blase/Prostata/ Gynäkologische?

Se si quali?

Wenn ja welche? ……………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie delle ossa/problemi reumatici?**

**(p. es. gravi disturbi della colonna vertebrale o alle articolazioni)**

Knochenkrankheit/ Rheumatismus?

Störungen des Bewegungsapparates (z.B. Störungen an der Wirbelsäule oder Gelenkprobleme)

Se si quali?

Wenn ja welche? ……………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Affezione o astenia muscolare/ fibromialgia?**

Muskelerkrankung/ Muskelschwäche/ Fibromialgie?

Se si quali?

Wenn ja welche? ……………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie tumorali in passato o attuali?**

Tumore in Vergangenheit oder aktuell?

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie del sangue o disturbi della coagulazione**

**(p.es. predisposizione alla formazione di ematomi o lividi, frequenti sanguinamenti dal naso (epistassi)**

Bluterkrankung oder Gerinnungsprobleme (häufiges Nasenbluten,

blutunterlaufene Stellen)

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **I valori del sangue sono normali? (p. es. ferro, colesterolo)**

Sind die Blutwerte normal (z.B. Eisen, Cholesterin)

Se no quali?

Wenn nein welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Allergie? (p.es. raffreddore da fieno, allergie**

**a determinati medicamenti)**

Allergien? (z.B. Heuschnupfen, Allergien gegen

bestimmte Medikamente)

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie del metabolismo? (p. es. diabete)**

Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes)

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie della ghiandola tiroide?**

Schilddrüsenkrankheiten?

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattia agli occhi? (p.es.glaucoma)**

Störungen der Augen (z.B. Glaukom)

Se si quali?

Wenn Ja welche? …………………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie o disturbi alle orecchie? (p. es. tinnito (acufene),**

**sindrome di Menière)**

Ohrenkrankheiten/ Störungen (z.B. Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)

Se si quali?

Wenn Ja welche? …………………………………………………………………………..

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Malattie del sistema nervoso (p.es epilessia, paralisi)**

Krankheit des Nervensystems? (z.B. Epilepsie, Lähmung)

Se si quali?

Wenn ja welche ? …………………………………………………………………………...

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Disturbi della psiche (p.es. depressione)**

Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)

Se si quali?

Wenn ja welche? …………………………………………………………………….

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Soffre di altri disturbi non elencati nel questionario?**

Haben Sie weitere Beschwerden

Se si quali ?

Wenn ja welche ? ……………………………………………………………..

………….. …………………………………………………………….

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**SOLO PER DONNE/ Nür für Frauen**

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Le mestruazioni sono regolari?**

**Quanti giorni durano?..............giorni**

Haben Sie regelmässige Monatsblutungen?.......Tage

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Il colore del sangue è rosso vivo?**

Ist die Farbe vergleichbar mit frischem Blut?

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Ha dolori prima o durante il ciclo?**

Haben Sie Schmerzen vor oder während Ihrer Monatsregel?

Si/Ja 0 No/Nein 0 **Disturbi di menopausa?**

Wechseljahr Probleme?

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**PER TUTTI / Für alle**

QUALI MEDICAMENTI PRENDE ATTUALMENTE IN RELAZIONE ALLE PARTI DEL CORPO. QUESTA PARTE DEL QUESTIONARIO E’ MOLTO IMPORTANTE, IN QUANTO I MEDICAMENTI CHE PRENDE POTREBBERO CAUSARE ALCUNI DISTURBI CHE SI PRESENTANO ATTUALMENTE O CHE HA AVUTO IN PASSATO.

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wofür? Dieser Teil ist sehr wichtig, da allenfalls Medikamente

Störungen oder Allergien verursachen /verursachten.

TESTA ( KOPF) ……………………………………………………………………………………………..

CUORE ( HERZ) …………………………………………………………………………………………….

PRESSIONE ( BLUTDRUCK) …………………………………………………………………………..

POLMONI ( LUNGE ) ……………………………………………………………………………………..

FEGATO ( LEBER ) ………………………………………………………………………………………..

COLESTEROLO ( CHOLESTERIN ) …………………………………………………………………

STOMACO ( MAGEN ) ……………………………………………………………………………………

INTESTINO ( DARM ) ……………………………………………………………………………………

DIABETE ( DIABETE ) …………………………………………………………………………………..

RENI ( NIEREN ) ………………………………………………………………………………………….

OSSA ( KNOCHEN ) ………………………………………………………………………………………

ANTI-DOLORIFICI ( SCHMERZMITTEL ) ……………………………………………………….

ANTI-DEPRESSIVI ( ANTI-DEPRESSIONS MITTEL ) ………………………………………

ALTRO ( ANDERE ) ……………………………………………………………………………………….

DOMANDE VARIE

**a)Quante volte a settimana mangia verdure e quali?**

Wie oft wöchentlich essen Sie Gemüse?

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

**b) Quante volte a settimana mangia pesce?**

Wie oft wöchentlich essen Sie Fisch?

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

**c) Quante volte a settimana mangia formaggio e/o insaccati?**

Wie oft wöchentlich essen Sie Käse und oder Trockenfleisch/Salami etc.?

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

**d) Quante volte a settimana mangia carne e quale?**

Wie oft wöchentlich essen Sie Fleisch und welche Sorten?

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

**e) Quante volte a settimana mangia dolci?**

Wie oft wöchentlich essen Sie Süssigkeiten?

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

**Quante ore dorme di notte?**

Wieviele Stunden schlafen Sie pro Nacht? ……………………………………………………

**Dorme tutta la notte?** Si/Ja 0 No/Nein 0

Schlafen Sie die ganze Nacht?

**Ha difficoltà ad addormentarsi o**

**a dormire senza interruzione?**

Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen

oder durchzuschlafen ohne Unterbruch ?Si/Ja 0 No/Nein 0

**Il mattino è riposato?** Si/Ja 0 No/Nein 0

Fühlen Sie sich am Morgen ausgeruht?

**Beve regolarmente alcolici?** Si/Ja 0 No/Nein 0

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

**Se sì cosa e quanto?**

Wenn ja was und wieviel ? ……………………

**Fuma?**  Si/Ja 0 No/Nein 0

Rauchen Sie?

**Se sì da quanti anni?** ………………….. (anni)

Wenn ja seit wann?

**Quante sigarette al giorno?**

Wie viele Zigaretten pro Tag?

……………………

**\* Informatevi presso la vostra assicurazione complementare per la medicina alternativa e verificate se avete la copertura per i trattamenti di Medicina Tradizionale Cinese e come sono le condizioni.**

**\* Wir bitten Sie, sich mit Ihrer Krankenkasse für Komplementärmedizin in Verbindung zu setzen, um Leistungen für die Behandlungen mit Traditioneller Chinesischer Medizin abzuklären.**

**\*Die Patienten werden gebeten, sich vor der Behandlung mit Ihrer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin in Verbindung zu setzen, um Leistungen für die Behandlung mit Traditioneller Chinesischer Medizin abzuklären.**