

## Qualitätssicherung Akupunktur – Dokumentation

### Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept/Schmerzanalyse/Therapieplan

Patientennamen:

geboren:

Stamm-Nummer:

Datum:

<b>Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Schmerzen der Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Gonarthrose	<b>Diagnose festgestellt durch:</b> <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Röntgenbefund <input type="checkbox"/> CT / MRT			
<b>TCM Schmerzanalyse und Diagnostik</b>				
<b>1. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):</b> <input type="checkbox"/> Innen <input type="checkbox"/> Leere <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Yin <input type="checkbox"/> Außen <input type="checkbox"/> Fülle <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Yang				
<b>2. Pathogenese / Schmerzqualität</b> <input type="checkbox"/> Leitbahnen <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Wind <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit <input type="checkbox"/> Funktionskreis <input type="checkbox"/> Qi <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Hitze				
<b>3. Syndrom Diagnose(n):</b> (optionale Angabe)				
<b>Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept</b> (bei Bedarf anpassbar)				
<b>4. Bisher durchgeführte und geplanten Therapie(n) unter Einbindung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts:</b>				
<b>bisher durchgeführt</b>	<b>geplant</b>	<b>bisher durchgeführt</b>	<b>geplant</b>	
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
<b>5. Die eingehende Beratung und Festlegung des Therapieziels ist erfolgt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Funktionsverbesserung <input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung <input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung <input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte benennen)				
<b>Therapieplan Akupunktur (Datum)</b>				
1.	2.	3.	4.	5.
6.	7.	8.	9.	10.
<b>Verlängerung weil:</b> <input type="checkbox"/> Kein hinreichender Erfolg <input type="checkbox"/> Unzureichende Stabilisierung <input type="checkbox"/> Änderung Therapieziel (siehe 5) <input type="checkbox"/> Sonstiges:				
<b>Therapieplan Akupunktur (Datum) - Verlängerung</b>				
1.	2.	3.	4.	5.