

Patienten-Fragebogen Balancierte Ohrakupunktur

Eingangsbefragung

Name:	
Geburtsdatum:	Patient Nr.:

Welches ist Ihre <u>Hauptbeschwerde</u> , weswegen Sie die Ohrakupunktur in Anspruch nehmen:	Patient Nr.:
	Praxis:

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein : _____

Wie lange haben Sie schon Ihre <u>Hauptbeschwerde</u> ? ①
Jahre: Monate: Tage:

Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Hauptbeschwerde im Durchschnitt:
Bitte nur eine Zahl einkreisen.

Wie stark war Ihre Hauptbeschwerde in den letzten 7 Tagen? ②
<i>Keine Beschwerden oder Schmerzen</i> 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Stärkste vorstellbare Beschwerden/Schmerzen</i>
Wie stark waren Sie durch Ihre Hauptbeschwerde in Ihren alltäglichen Verrichtungen in den letzten 7 Tagen beeinträchtigt? ③
<i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung</i>
Wie stark war Ihre Stimmung durch dies Hauptbeschwerde in den letzten 7 Tagen beeinträchtigt? ④
<i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung</i>

Diese Fragen beziehen sich auf andere Bereiche Ihrer Gesundheit und Ihres Lebens:
Bitte nur eine Zahl einkreisen.

Wie war Ihre allgemeine Stimmung im Durchschnitt in den letzten 7 Tagen? ⑤
<i>Sehr schlecht</i> 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Sehr gut</i>
Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes im Durchschnitt in den letzten 7 Tagen beschreiben? ⑥
<i>Sehr schlecht</i> 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Sehr gut</i>
Wie war die Lebensqualität allgemein in den letzten 7 Tagen? ⑦
<i>Sehr schlecht</i> 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 <i>Sehr gut</i>

Diese Seite erst nach Ende der Akupunktur-Behandlung ausfüllen !

Patienten-Fragebogen Balancierte Ohrakupunktur

Abschlussbefragung

Name:

Geburtsdatum:

Patient Nr.:

Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein: _____

Patient Nr.:

Praxis:

Diese Fragen beziehen sich auf die Hauptbeschwerde weswegen Sie Ohrakupunktur erhalten haben:

Bitte immer nur eine Zahl einkreisen

ABSCHLUSS-BEFRAGUNG

Wie stark war Ihre Hauptbeschwerde in den letzten 7 Tagen? ②

Keine Beschwerden
oder Schmerzen

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Stärkste vorstellbare
Beschwerden/
Schmerzen

Wie stark waren Sie durch Ihre Hauptbeschwerde in Ihren alltäglichen Verrichtungen in den letzten 7 Tagen beeinträchtigt? ③

Keine
Beeinträchtigung

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Stärkste vorstellbare
Beeinträchtigung

Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Hauptbeschwerde in den letzten 7 Tagen beeinträchtigt? ④

Keine
Beeinträchtigung

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Stärkste vorstellbare
Beeinträchtigung

Diese Fragen beziehen sich auf andere Bereiche Ihrer Gesundheit und Ihres Lebens:

Wie war Ihre allgemeine Stimmung im Durchschnitt in den letzten 7 Tagen? ⑤

Sehr schlecht

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr gut

Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes im Durchschnitt in den letzten 7 Tagen beschreiben? ⑥

Sehr schlecht

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr gut

Wie war die Lebensqualität allgemein in den letzten 7 Tagen? ⑦

Sehr schlecht

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr gut

Diese Fragen beziehen sich auf die Ohrakupunktur-Behandlung selber:

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Ohrakupunktur-Behandlung? ⑧

Sehr unzufrieden

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr zufrieden

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der Ohrakupunktur in der Behandlung Ihrer Hauptbeschwerde ein? ⑨

Gar nicht wirksam

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr wirksam

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie nochmals eine Ohrakupunktur-Behandlung wegen anderer Beschwerden in Anspruch nehmen? ⑩

Ganz
unwahrscheinlich

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sehr
wahrscheinlich