

Āyurveda-Erstanamnese Āyurveda-Patient History *prathama āturavṛtta*



A. *praśna-parīkṣā* (Patient History / Anamnese)

Name & Birthdate:

Name und Geburtsdatum: _____

1. *sāṃpratvyādhivṛtta*

(present complains and symptoms, history, onset and progress of present illness /
Aktuelle Beschwerdesymptomatik, Geschichte, Beginn und Verlauf der aktuellen Erkrankung)

auśadhī / current medication / aktuelle Medikation:

_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

2. *pūrvavyādhivṛtta*

(relevant other past illnesses and surgery / relevante andere Erkrankungen und Operationen)

3. *kulavṛtta*

(disease-relevant family history / krankheitsrelevante Familienanamnese)

4. saṃbaddhavaivaktiktajīvanavṛtta (relevant life incidents related to present illness / relevante Ereignisse im Leben, die mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen)	
5. agni	<input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> maṇḍa <input type="checkbox"/> tīkṣṇa <input type="checkbox"/> viśama
6. koṣṭha	<input type="checkbox"/> krūra <input type="checkbox"/> mṛḍu <input type="checkbox"/> madhya
7. purīṣa stool Stuhl	āvṛtti (frequency / Frequenz): [] [] [] / day / Tag <input type="checkbox"/> irregular / unregelmäßig
	svarūpa (consistency / Konsistenz):
	varṇa (color / Farbe):
	gandha (smell / Geruch):
	āma-features / āma-Zeichen : <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja
	<input type="checkbox"/> if yes, specify / wenn ja, welche:
8. mūtra urine Urin	āvṛtti (frequency / Frequenz): [] [] [] / day / Tag <input type="checkbox"/> irregular / unregelmäßig
	svarūpa (clarity / Klarheit):
	varṇa (color / Farbe):
	gandha (smell / Geruch):
9. svapna dreams Träume	Specific dreams / Besondere Träume? <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja
	If yes, specify / wenn ja, welche:
	āvṛtti (frequency / Frequenz): [] [] [] / week / Woche <input type="checkbox"/> irregular / unregelmäßig
10. nidrā sleep Schlaf	Duration in hours / Dauer: [] [] [] h / night / Nacht
	Number of Interruptions / Unterbrechungen: [] [] [] / night / Nacht
	Quality / Qualität: <input type="checkbox"/> deep / tief <input type="checkbox"/> medium / mittel <input type="checkbox"/> light / leicht
	Feeling after waking up / Gefühl nach dem Aufstehen: <input type="checkbox"/> energetic / energetisch <input type="checkbox"/> fresh / frisch <input type="checkbox"/> dull / matt <input type="checkbox"/> tired / müde
	Daysleep / Tagesschlaf: <input type="checkbox"/> yes / ja <input type="checkbox"/> no / nein
	Onset of sleeping disorders if present / Beginn der Schlafstörung, falls vorhanden: <input type="checkbox"/> before onset of current disorder / vor Auftreten der aktuellen Beschwerden <input type="checkbox"/> after onset of current disorder / nach Auftreten der aktuellen Beschwerden
11. karma job Beruf	Type / Art: <input type="checkbox"/> Rentner
	Quality / Qualität: <input type="checkbox"/> labour / manuell <input type="checkbox"/> sitting / sitzend <input type="checkbox"/> other / sonst.
	work hours / Arbeitsstunden: [] [] [] / day / Tag
	Satisfaction / Zufriedenheit: <input type="checkbox"/> very much / sehr <input type="checkbox"/> medium / mäßig <input type="checkbox"/> rather not / eher nicht <input type="checkbox"/> not at all / gar nicht

3. jihvā	doṣa pradhānyā: <input type="checkbox"/> vāta <input type="checkbox"/> pitta <input type="checkbox"/> kapha
	varṇa:
	āma: <input type="checkbox"/> yes / ja <input type="checkbox"/> no / nein
	Surface (descriptive) / Oberfläche (deskriptiv):
4. ātura-bala-pramāṇa	prakṛti: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> VK <input type="checkbox"/> PK <input type="checkbox"/> VPK
	prakṛti: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	sāra: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	pramāna: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	sātmya: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	sattva: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	ahāra-śakti: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	vyāyāma-śakti: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	vayas: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara
	viniścita-bala: <input type="checkbox"/> pravara <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> avara

C. samprāpti (Pathogenesis / Pathogenese)


1. hetu	
2. doṣa pradhānya / vikṛti	<input type="checkbox"/> vāta <input type="checkbox"/> pitta <input type="checkbox"/> kapha
3. dūṣya	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
4. agni	<input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> manda <input type="checkbox"/> tīkṣṇa <input type="checkbox"/> viśama
5. āma	<input type="checkbox"/> yes / ja <input type="checkbox"/> no / nein
6. krīyākāla	<input type="checkbox"/> saṃcaya <input type="checkbox"/> prakopa <input type="checkbox"/> prasara <input type="checkbox"/> sth. saṃśraya <input type="checkbox"/> vyakti <input type="checkbox"/> bheda




viniścita-vyadhi
(ayurvedic diagnosis /
ayurvedische Diagnose)

D. cikitsā / Advised Treatment


auśadhi / dietary supplements / Nahrungsergänzungen

 auśadhi yoga / Name	mātrā / Dosage / Dosis	anupāna / Mode of administration / Verabreichung
<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"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	□□□□ _ ; □□ - □□ - □□ (□/□)	<input type="checkbox"/> _____


bāhyopacāra / local applications / lokale Anwendungen

 bāhyopacāra / Name	āvṛtti / Frequency of application / Frequenz
<input type="checkbox"/> _____	□□ x week / Woche
<input type="checkbox"/> _____	□□ x week / Woche


śodhana / purification procedures / Reinigungsprozeduren

 karma / Name	āvṛtti, mātrā / Frequency and Dosage of application / Frequenz und Dosis
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	

abhyāṅga, svedana / manual therapies and sudation / Manuelle Therapie, Sudation

 āvṛtti / frequency / Frequenz	āvṛtti / Frequency / Frequenz
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	

vyāyāma-yoga / supportive Yoga / unterstützende Yogaübungen



āhāra / dietary advice / Ernährungsempfehlungen



vihāra / lifestyle advice / Lebensstilempfehlungen



E. Conventional Physical Examination / Körperliche Untersuchung

1. Blutdruck: [][][][] / [][][][] mmHg

2. Körpergröße: [][][][] cm

3. Körpergewicht: [][][][], [][] kg

4. BMI: [][][], [][] kg/m²

6. Liegen pathologische Befunde vor?

a) ja nein

b) wenn ja, in welchem Bereich:

Bereich	Befund
1. Haut und Schleimhäute	_____
2. Augen, Ohren, Nase, Rachen	_____
3. Schilddrüse	_____
4. Lymphknoten-Status	_____
5. Lungen	_____
6. Herz	_____
7. Periphere Pulse	_____
8. Abdomen/Leber	_____
9. Niere	_____
10. Muskel-Skelettsystem	_____
11. Neurologie	_____
12.. Sonstiges	_____

F. i.a. Lab & Imaging / ggf. Labor und Bildgebung

G. Reminder / Erinnerung

- eignet sich der Fall möglicherweise als Case-report?
- gibt es sinnvolle Fragebögen zur systematischen Erhebung?
- ggf. Einverständniserklärung eingeholt?
- ggf. Rücksprache mit der DÄGAM gehalten?
- auf Verlaufsdokumentation achten!
-
-
-

Datum /

Date:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift der Ärztin / des Arztes:

Signature of the Physician: _____