

Āyurveda-Verlaufsanamnese Āyurveda-Follow-up History dviṭīya āturavṛtta



A. praśna-parīkṣā (Patient History / Anamnese)	
Name & Birthdate: Name und Geburtsdatum: _____	
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> </div>	
1. sāṃpratyādhivṛtta (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:	
_____	- -
_____	- -
_____	- -
_____	- -
_____	- -
_____	- -
2. agni	<input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> maṇḍa <input type="checkbox"/> tīkṣṇa <input type="checkbox"/> viśama
3. koṣṭha	<input type="checkbox"/> krūra <input type="checkbox"/> mṛdu <input type="checkbox"/> madhya
4. 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:
5. mūtra urine Urin	āvṛtti (frequency / Frequenz): / day / Tag <input type="checkbox"/> irregular / unregelmäßig svarūpa (clarity / Klarheit): varṇa (color / Farbe): gandha (smell / Geruch):
6. svapna	Specific dreams / Besondere Träume? <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja

	If yes, specify / wenn ja, welche:
	āvr̥tti (frequency / Frequenz): <input type="text"/> / week / Woche <input type="checkbox"/> irregular / unregelmäßig
7. nidrā sleep Schlaf	Duration in hours / Dauer: <input type="text"/> h / night / Nacht
	Number of Interruptions / Unterbrechungen: <input type="text"/> / 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
8. āhārā diet habits Ernährung	morgens / morning:
	mittags / lunch:
	abends / evening:
	Zwischenmahlzeiten / snacks:
	sonstiges / other:
B. parīkṣā (General Clinical Examination / Allgemeine klinische Untersuchung)	
1. ākṛti	<input type="checkbox"/> emaciated / kachektisch <input type="checkbox"/> lean / schlank <input type="checkbox"/> medium / mittel <input type="checkbox"/> stout / kräftig <input type="checkbox"/> obese / adipös <input type="checkbox"/> over-obese / sehr adipös
2. nāḍī	doṣa pradhānyā: <input type="checkbox"/> vāta <input type="checkbox"/> pitta <input type="checkbox"/> kapha
	pūrnatā: <input type="checkbox"/> pūrna <input type="checkbox"/> śaithilya <input type="checkbox"/> madhya
	gati: <input type="checkbox"/> druta <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> maṇḍa
	tāla: <input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> visama
	sparśa: <input type="checkbox"/> kaṭina <input type="checkbox"/> madhya <input type="checkbox"/> mṛdu <input type="checkbox"/> uṣṇa <input type="checkbox"/> śīta
	āma: <input type="checkbox"/> yes / ja <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> not assessable / nicht beurteilbar
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 prādhānya / vikṛti	<input type="checkbox"/> vāta <input type="checkbox"/> pitta <input type="checkbox"/> kapha
3. dūṣya	<input type="checkbox"/> asthi <input type="checkbox"/> māṃsa <input type="checkbox"/> kaṇḍharā <input type="checkbox"/> snāyu
4. agni	<input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> manda <input type="checkbox"/> tīkṣna <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"/>	_____
<i>bāhyopacāra / local applications / lokale Anwendungen</i>				
	bāhyopacāra / Name	āvṛtti / Frequency of application / Frequenz		
<input type="checkbox"/>	_____	□□ x week / Woche		
<input type="checkbox"/>	_____	□□ x week / Woche		
<i>śodhana / purification procedures / Reinigungsprozeduren</i>				
	karma / Name	āvṛtti, mātrā / Frequency and Dosage of application / Frequenz und Dosis		
<input type="checkbox"/>	_____			
<input type="checkbox"/>	_____			
<i>abhyāṅga, svedana / manual therapies and sudation / Manuelle Therapie, Sudation</i>				
	āvṛtti / frequency / Frequenz	āvṛtti / Frequency / Frequenz		
<input type="checkbox"/>	_____			
<input type="checkbox"/>	_____			
<input type="checkbox"/>	_____			
<i>vyāyāma-yoga / supportive Yoga / unterstützende Yogaübungen</i>				
				

<i>āhāra / dietary advice / Ernährungsempfehlungen</i>				
				

<i>vihāra / lifestyle advice / Lebensstilempfehlungen</i>				
				

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 Verlaufsdocumentation achten!
-
-
-

Datum /
Date:

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

Unterschrift der Ärztin / des Arztes:
Signature of the Physician: _____

