

- * markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativ om ditt svar är "ja"
- * lämna tomt om svaret är "nej"
- * fyll i från vänster till höger

Anamnes (sjukdomshistoria) K

1. Allmän Information

- 1.1
- * **förnamn, efternamn:**
 - * födelsedatum:
 - * personnummer:
 - * datum för den 1: a (planerade) besök:
- 1.2
- * **adress:**
 - * telefon (du föredrar att nås):
 - * e-post:
 - * sysselsättning:
- 1.3
- * höjd:
 - * vikt:
- 1.4
- * **blodtryck, BT:**
 - * normal
 - * hög / låg
 - * ange dina typiska BT avläsningar (om hög / låg BT):
- 1.5
- * **yrkes problem (om ditt arbete utsätter dig till följande):**
 - * stress
 - * negativ miljöpåverkan (vilken):
 - * tunga lyft
 - * exponering för vind / kyla /
 - * dator (långvarig användning)
 - * nattskift
 - * värme / fukt / torka
 - * långvarigt sittande
 - * andra:
- 1.6
- * **motion:**
 - * regelbunden
 - * oregelbunden
 - * omfattande övning
 - * ingen motion
- 1.7
- * **vatten intag** (kaffe/ te, juice , soppa och läskedrycker inte anses som rent vatten)
 - * ca glas (liter) per dag:
- 1.8
- * **diet:**
 - * regelbundet födointag
 - * lågkalori
 - * vegan
 - * oregelbundet födointag
 - * hög proteinhalt
 - * hög fiber
 - * låg fetthalt
 - * vegetarian
 - * **andra:**
- 1.9
- * **stimulantia:**
 - * **koffein:**
 - * kaffe (koppar / dag):
 - * svart / grönt te (koppar / dag):
 - * läskedryck (hur ofta):
 - * energidryck (hur ofta):
 - * kolsyrad drick (hur ofta):
 - * choklad drick (hur ofta):
 - * **efedrin:**
 - * **nikotin:** dåtid, nutid
 - * **alkohol missbruk:** dåtid, nutid
 - * **alkohol:** (hur ofta, hur mycket):
 - * **droger:** dåtid, nutid
- 1.10
- * har du haft akupunktur förut: ja / nej
 - * hade du en positiv upplevelse / resultat: ja/ nej
- 1.11
- * **hur viste du om oss:**
 - * reklam
 - * vän
 - * internet
 - * referens
 - * läkare
 - * andra:

- * markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- * lämna tomt om svaret är "nej"
- * fyll i från vänster till höger

2. Huvudsakliga besvär

* huvudsakliga besvär (i prioritetsordning till dig)

- * märk intensiteten av besväret (i slutet av den beskrivning), som: *-L-*, lätt; *-M-*, måttlig; *-S-*, svår

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2.2

* ange om ditt tillstånd är:

- * akut (ett nyligen inträffat tillstånd som kan komma och gå, men har inte funnits längre än tre månader)
- * kronisk (varar längre än 3 månader)
- * akut på kronisk (akut förvärrande av ett långvarigt tillstånd)

2.3

* har du fått en medicinsk diagnos för ditt besvär ? ja /nej

- * om ja, ange vilken diagnos:

2.4

* hur har detta tillstånd inträffat (ange datum om möjligt)

*

2.5

* karaktär av smärta (specificera och / eller understryka mer än ett alternativ om det behövs)

* lokalisering:

*

* kvalitet:

- * sveda
- * brännande
- * bultande
- * dov
- * ömmande
- * kvardröjande
- * väl lokaliserad
- * strålände

- * vandrar till olika ställe
- * + tyngd känsla , + stickningar, + kall känsla

* intensitet:

- * lätt, måttlig; svår

* debut:

- * långsam, plötslig

* frekvens:

- * konstant, intermittent

* tidpunkt:

- * morgon, eftermiddag, kväll, natt, utan inbördes tid

* utlösande faktorer:

- * överanvändning/ överansträngning, stilla läge, vissa kroppsställningar , andra:

2.6

* ditt tillstånd /smärta förvärras av:

- * rörelse / vila
- * varm / kall kompress
- * tryck
- * tid på dagen (vilken):

- * tid på året(ange vilken):
- * klimat(ange vilken):
- * känslor

- * särskilda omständigheter (vilken):

* ditt tillstånd /smärta lindras av:

- * rörelse / vila
- * varm / kall kompress
- * tryck

2.7

* har du fått medicinsk behandling(ar) för detta tillstånd, om ja, ange vilken (vilka):

*

2.8

* har du fått en alternativ medicin behandling(ar) för detta tillstånd, om ja, ange vilka:

- * akupunktur
- * moxa
- * Gua Sha
- * koppning
- * massage
- * TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation)
- * varm/kall kompress
- * salvor
- * ört behandling
- * homeopati
- * kiropraktik
- * magnetterapi
- * Ayurveda
- * andra:

2.9

* vilka behandlingar (i förekommande fall) lindrade detta tillstånd mest?

*

* markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"

* lämna tomt om svaret är "nej"

* fyll i från vänster till höger

3. Privat Medicinsk Historia

3.1

* har du en blodburen sjukdom:

* HIV, hepatit B, hepatit C, andra:

3.2

* har du:

* metallimplantat (inkludera inte tandimplantat), lokalisering?:

* pacemaker

3.3

* har du följande medicinska tillstånd:

* autoimmuna sjukdomar:

* celiaki/ glutenintolerans

* alopecia areata

* Guillain-Barrés syndrom

* myasthenia gravis

* multipel skleros

* reumatoid artrit

* typ 1 diabetes

* giftstruma

* systemisk lupus

erythematosus

* sköldkörtelsjukdom

* vitiligo

* primär ovariell insufficiens

* andra:

* andningsproblem: emfysem, bronkit

* anorexi / bulimi

* artrit

* astma

* blödningstendens

* bursit

* cancer (vilken typ):

* depression

* diabetes

* epilepsi

* fobi (vilken):

* födoämnesintolerans/

överkänslighet (ex.: laktos intolerans;

inte att förväxla med

födoämnesallergi)

* huvudvärk

* hepatit

* kardiovaskulära sjukdomar

(inkludera medfödda hjärtfel,

pacemaker, stent)

* kramper

* leversjukdom

* migrän

* njursvikt

* neurologisk sjukdom

* psykiatriska sjukdomar

* ryggbesvär

* stroke

* sömnlöshet

* svimning

* tuberkulos

* vikt problem

* ångest

* andra:

3.4

* operation/trauma (fysisk och emotionell) /sjukhusvistelser du har haft (ange tid då problemet inträffade):

*

3.5

* allergier mot (ange vilken, och/ eller ange allergener):

* födoämnes allergi:

* miljö: djur päls, mögel, insekter,

insektstick

* årstidernas växlingar:

* läkemedelsöverkänslighet:

* kemikalier:

* nickel allergi

* metall allergi

* el allergi

* lukter

* andra:

3.6

* mediciner (ange alla mediciner du använder (på recept och receptfria; glöm inte inhalatorer, ögondroppar, nässprayer, krämer)

* namn:

* dos:

* ändamål:

* hur länge:

* hur ofta:

* sista intag:

3.7

* kosttillskott (vitaminer, mineraler, metabolism förstärkare, viktminskning piller, humörhöjande, örter, teer, andra:)

* namn:

* ändamål:

* hur länge:

* dos:

* hur ofta:

* sista intag:

Familj Medicinsk Historia

* beteckna sjukdomar (om sådana fanns) som påverkat: dina föräldrar som: "f" *, dina farföräldrar som "ff"

3.8

* AIDS/HIV:

* alkohol missbruk:

* autoimmuna sjukdomar:

* anorexi / bulimi:

* artrit:

* astma

* cancer (ange vilken typ):

* depression:

* diabetes:

* epilepsi:

* huvudvärk:

* hepatit:

* kardiovaskulära sjukdomar):

* leversjukdom:

* migrän:

* njursvikt:

* psykiatriska sjukdomar:

* ryggbesvär:

* stroke:

* tuberkulos:

* vikt problem:

* andra:

- * markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- * lämna tomt om svaret är "nej"
- * fyll i från vänster till höger

4. Systematisk förhör om olika organsystem

4.1

* kroppstemperatur:

- | | | |
|--|--|--|
| * fryser lätt | * känsla av värme i ansiktet | * morgonfeber |
| * kalla händer / fötter / både | * varma handflator och fotsulor | * nattfeber |
| * kalla knän | * känsla av värme på kvällen | * växlande feber/frossa |
| * känsla av kyla i nedre delen av ryggen | * låg feber | * fixerad feber/värmekänsla mellan 15.00-17.00 |
| * känsla av kyla i hela kroppen | * låggradig eftermiddags feber | |
| * känsla av värme i hela kroppen | * feber på eftermiddagen + varma handflator och fotsulor | |

4.2

* svettning:

- | | |
|---|--|
| * när: dag, natt, natt och dag, viss tidpunkt (vilken?): | * mängd : rikligt, lite |
| * var: händer, fötter, bara handflator, bara sulor, armar, ben, hela kroppen, överkroppen, bröst, huvud, ansikte | * kvalitet: |
| | * klubbigt som oljedroppar, kall, varm, gulaktig |
| | * kalla lemmar efter svettning |

4.3

* sömn:

- | | | |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------|
| * normal | * svårt att vakna | * snarkning |
| * sömnighet på dagtid | * vaknar upp nattetid | * livliga drömmar |
| * svårigheter att somna | * vaknar upp tidigt på morgonen | * mardrömmar |

4.4

* törst:

- | | |
|--|---|
| * normal | * föredrar att dricka kallt / varmt vatten / drycker |
| * överdriven, önskan att dricka i stora klunkar(polydipsi) | * + muntorrhet, men föredrar bara att skölja munnen inte dricka |
| * överdriven, men ingen lust att dricka, eller lust att dricka i små klunkar | * + torr hals |
| * endast nattetid | * + dricker mycket vatten + riklig och täta urinträngningar |

4.5

* aptit:

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| * normal | * föredrar varm/ kall mat |
| * dålig | * föredrar vissa livsmedel/smaker: |
| * stor hunger | * sött, surt, beskt, salt, kryddig |

4.6

* matspjälkning:

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| * trög | * återflöde / halsbränna | * smärta (ange plats): |
| * fullhet sensation efter måltid | * illamående före / efter födointag | * övre delen av buken |
| * trötthet efter födointag | * kräkningar | * nedre delen av buken |
| * uppblåsthet känsla | * gaser | * sidor av buken |
| * rapningar | * svårt att smälta fet mat | * före / under / efter födointag |

4.7

* avföring:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| * regelbunden/ oregelbunden | * förekomst av osmält mat | * smärta: före / under / efter tömning |
| * mer än 3 gånger per dag | * + skarp / stark lukt | * + blod: innan/under/efter tömning |
| * mindre än 3 gånger per vecka | * tunn, + lång | * färg: svart, mörk, gulaktig, mörkgul, grönaktig |
| * normal/ hårt/ torr /lös | * rundade (som get avföring) | |
| * torr först, sedan lös | * känsla av ofullständig tarmtömning | |
| * omväxlande lös/hårt... | * känsla av utmattning efter tömning | |
| * + slem | | |
| * + gul var | | |

4.8

* diarré:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| * långsam /explosiv | * akut | * + skarp / stark lukt |
| * färg: mörk/ ljusgul | * kronisk | * brännande känsla i anus |
| * smärta: | * vattnig | * + svullnad i buken |
| * före /under /efter tömning | * + osmält mat i avföring | * + rapningar, + gaser |
| | * + gul var | |

*** förstoppning:**

- * kronisk / tillfällig
- * + torr avföring, + törst
- * normal avföring, men svår tömning, + trötthet efter tömning + svettning efter tömning
- * normal avföring, men frånvaron av tömning i flera dagar

- * torr avföring, således svårt tömma + trötthet efter tömning
- * + kramp smärta i buken
- * ej torr, men lik kulor i form

*** anus:**

- * sprickor
- * klåda
- * prolaps
- * sjunkande känsla i anus när tömmer
- * hemorrojder

*** urinering:***** smärta:**

- * sveda
- * innan urinering
- * under urinering
- * efter urinering
- * i nedre delen av buken, korsbenet
- * + svårigheter vid urinering

- * mörkgul
- * rödgult
- * mörkröd

*** klarhet:**

- * klart, grumlig
- * närvaron av: blod, sand, vitt slem

*** inkontinens/enures**

- * ansträngningsinkontinens (läckage av små mängder urin vid skratt, hosta, nysningar, motion)
- * trängningsinkontinens (oförmåga att kontrollera urinering)
- * nattlig *enures* (nattetid söngvätning)
- * + tandagnisslan natt

*** frekvens:**

- * frekvent
- * frekvent + brådslande + smärtsam
- * frekvent + knappa

*** anuri** (frånvaro av urinering)*** nokturi** (vaknar på natten en eller flera gånger för tömning) *

- svag ström vid urinering
- * svårighet vid urinering + ödem + svullnad i vissa delar av kroppen
- * lätt darrning efter urinering

*** huvudvärk / migrän:**

- * kronisk, tillfällig

*** smärtans karaktär:**

- * bultande
- * sveda
- * pulserande
- * dov
- * + känsla av tyngd i huvudet
- * + känsla av tomhet
- * + occipital (intill halsen)styvhet
- * + axlar och nackstelhet
- * + yrsel

- * stark, påtaglig, lätt

*** frekvens:**

- * konstant, intermittent

*** tidpunkt:**

- * morgon, eftermiddag, kväll, utan inbördes tid

*** debut:**

- * långsam, plötslig

*** utlösande faktorer:**

- * ilska
- * påkänning
- * överaktivitet
- * lite rörelser
- * horisontell kroppsställning
- * efter sexuell aktivitet
- * efter måltid
- * efter sur mat
- * före / efter / under menstruationen
- * fuktigt väder
- * andra:

*** yrsel:**

- * **debut:** plötslig / gradvis
- * + tyngdkänsla och grumlig i huvudet, svårt att tänka o koncentrera sig speciellt på morgonen, blockerad känsla i bröstet, illamående
- * yr ibland bara när man ändrar läge + sömnlöshet +

- hjärtklappning + minnesproblem
- * ihållande yrsel + känsla tomhet i huvudet + tinnitus + depression
- * **utlösande faktorer** (ange, vilka):

- * markera (genom att dubbelklicka på *E form*) på den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- * lämna tomt om svaret är "nej"
- * fyll i från vänster till höger

5. Förhör om sinnesorgan

5.1

* ögon:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * synrubbingar (ange vilka): * översynthet (<i>hyperopi</i>) * närsynthet (<i>myopi</i>) * glaukom (<i>grön starr</i>) * katarakt (<i>grå starr</i>) * skelning (<i>strabism</i>) * <i>astigmatism</i> * andra: | <ul style="list-style-type: none"> * suddig syn * prickar i synfältet * dubbelseende * utsöndring: gul, vit * ljuskänslighet * ögonvitan: röd, gul, blåaktigt * svullnad (övre / nedre ögonlock) * nedfallet övre ögonlock | <ul style="list-style-type: none"> * ögonlock rodnad * klåda * tårar vid vind * torrhet * tics * smärta |
|---|--|---|

5.2

* öron:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * tinnitus: * plötslig debut, hög tonhöjd * gradvis debut, låg tonhöjd * + blockering i örat * sus likt rytande ström eller dånet av en stor klocka, sämre/bättre i intervaller utlösas typiskt av ilska * + dövhet + smärta + svullnad * värre av överansträngning och på eftermiddag | <ul style="list-style-type: none"> * + långvarigt sus/dövhet, sus som cikador som är värre på natten * sus/dövhet som är värre av överansträngning eller när man reser sig, en plötslig debut + tom o kall känsla i örat * hörselproblem * återkommande inflammationer * smärta * klåda: | <ul style="list-style-type: none"> * + grov och sprucken hud på öron + fjällning ibland * överskott öronvax * känsla av tryck bakom örat * utsöndring * blödning: * plötslig + smärta * långsam + lite, kommer i intervaller, ingen svullnad eller smärta |
|---|--|---|

5.3

* näsa:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * nästäppa * nysningar * återkommande inflammationer * svullnad * kall näsa * röd näsa * klåda * brännande smärta i näsgångarna * torra näsgångar * minskad förmåga att lukta * en onormalt akut luktsinne * oförmåga att lukta * snarkning * utsöndringar: * rikligt, klar, torr * tjock, vattnig | <ul style="list-style-type: none"> * gul, vit * + smärta * + rodnad, torrhet kring näsborrarna * + illaluktande näsa (dålig lukt kommer ut från näsan vid andning) * näsblod (epistaxis): * lite blod, + feber * lite färskt rött blod, + torr smärtsam näsa * riklig färsk rött blod * ofta efter känslöstörning, riklig och klar röd eller karmosinröd blod * blek rött blod, långsam blödning, avstannar lätt, men börjar också lätt, återkommande * ej riklig, klar röd, kommer med oregelbundna intervaller, återkommande |
|--|--|

5.4

* mun:

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * torrhet * sår * bitter smak * dålig smak * dålig andedräkt * saliv överflöd * svidande känsla på tungan | <ul style="list-style-type: none"> * slemmig i munnen (som om det fanns smaklös, tunn gräddost i munnen): * blödande tandkött * tandkött atrofi (motsvarar också när tandköttet drar sig tillbaka) * röta tandkött | <ul style="list-style-type: none"> * tandlossning (parodontit) * tandgnissling (bruxism): * tand smärta (som inte orsakas av karies) * karies |
|---|--|--|

5.5

* läppar:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * färg: klarröd, blek, lila, blåaktigt * torrhet * sår * svullnad | <ul style="list-style-type: none"> * sprickor * klåda * darriga läppar |
|--|---|

- * markera (genom att dubbelklicka på *E form*) den relevanta för ditt tillstånd alternativet om ditt svar är "ja"
- * lämna tomt om svaret är "nej"
- * fyll i från vänster till höger

6. Gynekologi / Obstetrik

OBS:

- * menstruationscykeln är **tidslängd** som börjar på den 1:a blödningsdag och varar fram till nästa cykels 1:a blödningsdag
 - * till exempel, om din första blödnings dag började den 1 Juni och sedan nästa blödnings dag började den 21 Juni då din menscykel är 21 dagar
- * normal blödning mängd anses 30-40 ml.

6.1

* menstruation:

- * **cykel** (dagar):
 - * **blödnings period** (dagar):
 - * **debut** (ange ålder då första menstruationsblödning inträffade):
 - * dov, stickande
 - * + sjunkande smärta innan/efter mens
 - * + känsla av uppblåsthet

* amenorrhé (avsaknad av mens.)

* färg:

- * mörkt (brunt) blod, + mörkt koagel (klumpar)
- * rött blod + små koagel

* smärta (dysmenorrhé):

- * innan / efter / under blödning
- * **lokalisering:**
 - * båda sidor i nedre buk
 - * mitt i nedre buk
 - * i korsben

* karaktär:

- * brännande, krampande
- * huggande, fixerad

* lite blod

- * liten mängd blod eller blödning varar bara i 2-3 dagar

* menorrhagi (rikliga mens. av "översvämning typ")

- * blodmängd (40-80 ml) under de fem menstruations dagar, plötslig, riklig mängd, sker detta ofta 1-2 dagar i förtid till blödning fas, skyddande kuddar måste bytas även nattetid)

* metrorragi (intermittenta mens. av "dropp typ")

- * bloddroppar visas (2-3 dagar) i mellan blödnings faser

* tidig (blödning inleds 9 dagar tidigare, mer än 2 gånger i rad)

* sen (blödning period har mer än 28-30 dagar mellan, 3 gånger i rad)

* oregelbunden (ibland tidigt, ibland sent)

* lång (blödning varar 7-10 d. men regelbunden cykel)

6.2

* flytning vaginal utsöndring:

- * **OBS:** en mindre mängd klart, luktfri sekret som ökar i volym o viskositet vid puberteten, ägglossning, och graviditet betraktas som normalt tillstånd

- * vänligen skilja menscykelns **mellanblödningar** från **rödaktig flytning**, som är klabbigt, har ofta en lukt och är oregelbundet

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| * normalt | * vattnigt, klabbigt | * + vaginal klåda, brännande |
| * vit, gulaktig, rödaktig, grönaktig, mörk / brunaktig | * rikligt | * + genital eksem |
| * tjock, tunt | * + specifika eller stark lukt ex. läderaktig lukt, fiskluk | |

6.3

* PMS (premenstruellt syndrom) (sker 1 till 2 veckor före menstruation):

- | | | |
|------------------------------------|--------------------|----------------------|
| * premenstruell spänning i bröstet | * huvudvärk | * ångest /irritation |
| * uppblåsthet | * trötthet | * stress känsla |
| * svullnad i buk | * sömnlöshet | * gråt/ deprimerad |
| * matsugen | * humörsvängningar | * hudutslag |

6.4

* graviditet (er) :

- | | | |
|---------------------|---------------------------|---|
| * barn(antal): | * abort (antal): | * komplikationer vid graviditet (specificera vilka) |
| * missfall (antal): | * havandeskaps illamående | |

6.5

* infertilitet (om du har fått "barnlöshet" diagnos, ange orsaken):

*

6.6

* andra gynekologiska besvär:

- | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| * knölar i bröstet | * myom | * sår på vulva |
| * cystor på äggstockarna | * vaginal klåda | * uterusprolaps |
| * endometriosis | * genital eksem | |

6.7

* sexuella besvär:

- | | |
|--|--|
| * frigiditet (avsaknad eller minskad sexuell lust (libido) | * anorgasmi (oförmåga/ svårighet att uppnå orgasm) |
|--|--|

- * **kropp:**
 - * Shen
 - * mage Qi
- * **beläggning:**
 - * avsaknad → lokalisering:
 - * tjock, tunn
 - * **färg:** vit, gul, svart, grå → lokalisering:
 - * rot
 - * fuktig, torr, kladdig
- * **färg:**
 - * normal, rött, blek, lila, svart
 - * röda sidor, röd spets
- * **form:**
 - * tandavtryck
 - * skall form
 - * rullad, upphöjda sidor
 - * sned
 - * tunn/ svullen
- * lång/kort
- * domnad /
- * **stabilitet:** stel, slapp, darrande, rör sig
- * **deformiteter :** utskott, fördjupning:
- * missfärgningar, prickar, fläckar → lokalisering:
- * sprickor → lokalisering:
- * sår/blåsor → lokalisering:
- * **under tungan:**
 - * lyster: blek, gul
 - * gul färjad: i mitten/ sidor
 - * utskott
 - * **vener** ← blod cirkulation :
 - * symmetri ← cirkulation ← stas xue
 - * korta, smala, tjocka
 - * för mörka ← stas xue
 - * utgreningar ← stas xue
 - * **andra:**

- * **generell:**
 - * mage Qi
 - * Shen
- * **3 nivåer:**
 - * yttlig ← **Yang**, hud + muskler → lungor + mjälte, nerver
 - * mitt ← **Qi**, senor + blodkärl → lever + hjärta, kärl
 - * djup ← **Yin**, ben → njurar, organvävnader
- * **3 positioner:**
 - * **vänster:**
 1. **cun:** hjärta / SI / shanzhong
 2. **guan:** lever / GB
 3. **chi:** njurar / Bl / Tu
 - * **höger :**
 1. lunga / Tj
 2. mjälte / mage
 3. njure / urin blåsa / livmoder, hjärtsäck / TB / Tj
- * **2 sidor:**
 - * **vänster:**
 - * **Blod;** + bak position (chi) ← Qi njure-Yin
 - * **höger :**
 - * 1-3 Qi; + Bak ← Qi njure-Yang

- * **kvalitet:**
 - * hastighet (snabb-långsam)
 - * nivå: (yttlig - djup)
 - * styrka (med- utan)
 - * diameter (tjock- tunn)
 - * spänd (med- utan)
 - * längd (lång - kort)
 - * rot (med - utan)
 - * rytm (med stopp, utan stopp, regelbundenhet/oregelbunden)
 - * form/ andra kvaliteter :

- * spänt/slapt, smärta, kallt/varmt, fuktigt/torrt, kittlig, kvarstående rodnad
- * **framsidan:**
 - * mu punkter
 - * organzoner
 - * meridian punkter
 - * ashi
- * extraordinära meridianer
- * **ryggen:**
 - * shu punkter
 - * kotpelaren
 - * organ zoner

*

*

Improvitas AB
Acupuncture and TCM clinic
Värmdövägen 207
131 41 Nacka,
Sweden
+ 4684669222