

Fragebogen zu unklaren Magen- und Darmbeschwerden

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Besuch mit.

Name, Vorname:	Datum:
E-Mail:	Telefonnummer:
Anschrift:	Beruf:

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	
-------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	--

Liegt eine ärztliche Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja und zwar	
Wenn ja, von welchem Arzt?	

Ist Ihr Blutbild in Ordnung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls nicht, welche Werte sind auffällig?		

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann und mit welchem Befund?		
<input type="checkbox"/>	Divertikel	
<input type="checkbox"/>	Tumor	
<input type="checkbox"/>	Polypen	
Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?		
Wie häufig wurden diese entfernt?		

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann und welche?			
<input type="checkbox"/>	Reizdarm	seit	
<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	seit	
<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn	seit	
<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	seit	
<input type="checkbox"/>	Magenschleimhautentzündung	seit	
<input type="checkbox"/>	Magengeschwür	seit	
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori	seit	

Welche Behandlung wird durchgeführt?	
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?	
<input type="checkbox"/> Ja und zwar	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)?	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Ja und zwar	<input type="checkbox"/> Nein

Wie sind Sie zur Welt gekommen?	
<input type="checkbox"/> Natürliche Geburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange?	

Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie?				
Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?	nie	selten	häufig	immer
Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl (im Oberbauch/in der Magengegend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl (im Unterbauch/in der Nabelgegend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
Bauchkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
Magengeräusche (Grummeln im Magen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmgeräusche (Darmkoliken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zungenbelag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Nächtliche) Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seekrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiseübelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigen die Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben sie zur Folge, dass Sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Depression oder depressiven Verstimmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter Brustschmerzen?				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, beim Atmen	<input type="checkbox"/> nach dem Essen		
	<input type="checkbox"/> bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> nach Ärger oder Zorn		

Andere Symptome?	Ja	Nein
Haben Sie Einschlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchschlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach?		
Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen/gerädert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Symptome wie nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol (Gefühl, wie verkatert zu sein)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens wie benebelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten grippale Infekte häufiger als 2x pro Jahr auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen schon einmal eine Gürtelrose aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal von einer Borreliose-Infektion betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur von weiblichen Personen auszufüllen	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z. B. Schmerzmittel) während der Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Menopause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur von weiblichen Personen auszufüllen	Ja	Nein
Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihnen Vaginalinfektionen/-pilze auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Vaginalausfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft haben Sie Stuhlgang?			
<input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> 1-mal täglich	<input type="checkbox"/> 2-3-mal pro Woche	<input type="checkbox"/> 1-mal pro Woche
In welcher Form?	<input type="checkbox"/> dünn-wässrig <input type="checkbox"/> dünn geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> harter Stuhl <input type="checkbox"/> dunkle Kügelchen <input type="checkbox"/> klebt an der Schüssel <input type="checkbox"/> schlauchartig weich	Welche Farbe hat der Stuhl?	<input type="checkbox"/> dunkelbraun <input type="checkbox"/> hellbraun/lehmfarben <input type="checkbox"/> gelblich/tonfarben <input type="checkbox"/> grünlich <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> rötlich <input type="checkbox"/> schwarz
Enthält der Stuhl Beimengungen?	<input type="checkbox"/> Schleim <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> unverdaute Speisen <input type="checkbox"/> faserige Nahrungsbestandteile	Wie riecht der Stuhl meistens?	<input type="checkbox"/> säuerlich <input type="checkbox"/> nach Fisch <input type="checkbox"/> faulig/übelriechend <input type="checkbox"/> riecht kaum bzw. überhaupt nicht
Wann bekommen Sie Durchfälle?	<input type="checkbox"/> bei Aufregung <input type="checkbox"/> nach fettigem Essen <input type="checkbox"/> nach Obst (-säften)	<input type="checkbox"/> nach scharfen Gewürzen <input type="checkbox"/> nach Milch (-produkten)	

Gasbildung/Windabgang			
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beobachten Sie im Laufe des Tage eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Können Sie die Gase entweichen lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal	Wie häufig haben Sie Windabgang?	<input type="checkbox"/> weniger als 10-mal täglich <input type="checkbox"/> 10-50-mal täglich <input type="checkbox"/> dauernd
Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?	<input type="checkbox"/> säuerlich <input type="checkbox"/> nach Fisch <input type="checkbox"/> faulig <input type="checkbox"/> übelriechend <input type="checkbox"/> geruchlos bzw. riechen kaum	Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?	<input type="checkbox"/> nach dem Essen <input type="checkbox"/> unabhängig vom Essen

Leiden Sie an bekannten Allergien (IgE-vermittelt)?

- Birke, Erle, Hasel
- Beifuß
- Gräser
- Sonstige:

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fruktose | <input type="checkbox"/> Gluten |
| <input type="checkbox"/> Laktose | <input type="checkbox"/> Histamin |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

Wann und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?

- Atemtest
- IgG-Test
- Sonstige:

Ernährungsgewohnheiten: Wie häufig verzehren Sie...	nie	gelegentlich	täglich	mehrmals täglich
Frische Salate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst (als Rohkost), frische Obstsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse (als Rohkost), frische Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse (gekocht, gebraten, gedünstet o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frittiertes, Paniertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst, Geräuchertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker, Süßigkeiten, Backwaren, zuckerhaltige Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Light-Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von...	nie	selten	häufig	immer
Obst, Säften, Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch (-produkten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekt, Rotwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosenthunfisch, Sauerkraut, Salami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkäse (Parmesan, Emmentaler...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade/Kakao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich überfordert?				
Können Sie sich entspannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und seelischen Faktoren bzw. stressigen Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Störfaktoren	Ja	Nein
Haben Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung (Ozon, Insektiziden, Pestiziden, Herbiziden, Schwermetallen, Säuredämpfen) aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacken, Parfüms...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Leiden Sie unter			
Akne, Haut-, Haar, Nagelproblemen	<input type="checkbox"/>	Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholprobleme)	<input type="checkbox"/>	Krebs, Krebsnachsorge	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/>	Arthrose, degenerativen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma	<input type="checkbox"/>	Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/>	Potenzproblemen	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	Schwermetallbelastung	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	Wurzelbehandelten Zähnen	<input type="checkbox"/>
Sehproblemen	<input type="checkbox"/>	Zähnen mit Amalgamfüllungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenproblemen	<input type="checkbox"/>	Zähnen mit Goldfüllungen	<input type="checkbox"/>

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Symptome oder Umstände, nach denen nicht gefragt wurde?

Ergänzende Informationen: Basiswerte

(Bitte eintragen, falls die Werte bekannt sind, ansonsten frei lassen.)

Blutdruck	Gesamt-Cholesterin	HDL-Cholesterin	LDL-Cholesterin	Triglyceride
sys.	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)
diast.				

Homocystein	MCV	Harnsäure	Blutzucker	HbA1c
(in µmol/L)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)

Hämatokrit	Leberwerte: AST (früher GOT)	ALT (früher GPT)	GGT (Gamma-GT)
(in %)	(in U/L)	(in U/L)	(in U/L)

Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	Körperfettanteil (in %)	BMI (Body Mass Index)

Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Nein		
Ja, ich treibe Ausdauersport <input type="checkbox"/>	Ja, ich betreibe Kraftsport <input type="checkbox"/>		
Durchschnittlich <input type="checkbox"/> mal pro Woche	oder Stunden pro Woche		
Wie hoch ist Ihr Ruhepuls?			
Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?			
Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Hinweise zum Datenschutz und zur Erklärung für den Patienten

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Therapieergänzungsprofils.

Datum

Unterschrift