

## 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"/>
<b>Haben Sie öfter Brustschmerzen?</b>				
<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