



## Fragebogen zur Abklärung von Magen- Darmbeschwerden

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht	W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Strasse		Beruf	
PLZ, Ort		Telefon	
Land		E-Mail	

Haben Sie ein aktuelles (nicht älter als 3 Monate) Blutbild?      JA       NEIN

Wurde schon eine Darmspiegelung durchgeführt?      JA       NEIN

Wenn ja, mit welchem Befund? Histologie?

- Divertikel
- Tumor
- Polypen

Falls Polypen gefunden wurden, wie viele? \_\_\_\_\_

Wie häufig wurden diese entfernt? \_\_\_\_\_

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?      JA       NEIN

Wenn ja, seit wann und welche?

<input type="checkbox"/>	Reizdarm	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Gastritis	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Magengeschwür	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylorii	seit
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		



Welche Behandlung wird durchgeführt?

Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein? JA  NEIN

Liegt eine andere ärztliche Diagnose vor? JA  NEIN

wenn JA, welche und von welchem Arzt:

Wurden bereits (naturheilkundliche/komplementäre) Maßnahmen durchgeführt? JA  NEIN

wenn JA, welche:

Sind Sie im Laufe des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden? JA  NEIN

wenn JA, aus welchem Grund:

Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig:	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 Oberbauch / 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"/>
Hustenreiz/Halskratzen und -brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bauchschmerzen und Lokalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeräusche (Grummeln im Magen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmgeräusche (Darmkollern)	<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 / 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"/>

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinträchtigen diese Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben bzw. haben zur Folge, dass Sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Depressionen 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"/> ja, nach dem Essen	
	<input type="checkbox"/> ja, bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> ja, 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 z.B. nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens benebelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie die genannten Beschwerden schon seit längerer Zeit?	
<input type="checkbox"/> JA seit:	<input type="checkbox"/> NEIN

Wie oft haben Sie Stuhlgang?	
<input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> einmal täglich
<input type="checkbox"/> 2-3 mal die Woche	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche
In welcher Form? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dünn wässrig</li> <li><input type="checkbox"/> dünn geformt</li> <li><input type="checkbox"/> breiig</li> <li><input type="checkbox"/> harter Stuhl</li> <li><input type="checkbox"/> dunkle Kügelchen</li> <li><input type="checkbox"/> klebt an der Schüssel</li> <li><input type="checkbox"/> wurstförmig</li> </ul>	Welche Farbe hat der Stuhl? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dunkelbraun</li> <li><input type="checkbox"/> hellbraun / lehmfarben</li> <li><input type="checkbox"/> gelblich / tonfarben</li> <li><input type="checkbox"/> grünlich</li> <li><input type="checkbox"/> grau</li> <li><input type="checkbox"/> rötlich</li> <li><input type="checkbox"/> schwarz</li> </ul>
Sehen Sie unverdaute Nahrungsbestandteile im Stuhl? (Tomaten, Salat, Mais, ...)  JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Geruch des Stuhls? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> faulig</li> <li><input type="checkbox"/> gärig</li> <li><input type="checkbox"/> neutral</li> </ul>
Haben Sie Durchfälle? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bei Aufregung</li> <li><input type="checkbox"/> nach fettigem Essen</li> <li><input type="checkbox"/> nach Obst (-säften)</li> <li><input type="checkbox"/> nach scharfen Gewürzen</li> <li><input type="checkbox"/> nach Milch (-produkten)</li> <li><input type="checkbox"/> kurz nach dem Essen</li> </ul>	

Gasbildung   Windabgang	
Beobachten Sie Blähbauch und/oder Völlegefühl unmittelbar nach dem Essen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Beobachten Sie im Laufe des Tages eine Zunahme Ihres Bauchumfanges?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Können Sie die Gase entweichen lassen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> MANCHMAL
Wie häufig haben Sie Winde?	<input type="checkbox"/> WENIGER ALS 1 MAL AM TAG <input type="checkbox"/> 10 - 50 MAL AM TAG <input type="checkbox"/> DAUERND
Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?	<input type="checkbox"/> säuerlich <input type="checkbox"/> faulig <input type="checkbox"/> geruchlos

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?
<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fructose <input type="checkbox"/> Sorbit <input type="checkbox"/> Xylit <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Histamin
Wann und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?

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, frische Obstsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, frische Gemüsesäfte	<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, Mehlspeisen 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"/>
Hartkäse (Parmesan), Emmentaler, Rotwein, Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Arzneimittel / Medikamente nehmen Sie ein?



Leiden Sie unter:

Akne, Hautproblemen	<input type="checkbox"/>		Krebs	<input type="checkbox"/>
Leberbelastungen (Hepatitis, Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/>		Allergische Reaktionen, Allergien	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/>		Arthrose, degenerativen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Entzündlichen Erkrankungen (Rheuma, CED)	<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"/>		Sehproblemen	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>		Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>		Schilddrüsenproblemen	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Haar- und Nagelproblemen	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

Treiben Sie Sport? JA  NEIN

wenn ja, welchen?

Durchschnittlich ..... mal pro Woche, oder ..... Stunden pro Woche.

Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend? JA  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 Therapiekonzeptes.

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift