

Fragebogen zu unklaren Magen- und Darmbeschwerden

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu ihrem ersten Apotheken- oder Therapeutenbesuch mit.

Name, Vorname:	Datum:
Email:	Telefonnummer:
Anschrift:	Beruf:

Geschlecht	männlich	weiblich	Geburtsdatum	
-------------------	----------	----------	---------------------	--

Liegt eine ärztliche Diagnose vor?	Nein
Ja und zwar	
Wenn ja, von welchem Arzt?	

Ist Ihr Blutbild in Ordnung?	Ja	Nein
Falls nicht, welche Werte sind auffällig?		

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	Ja	Nein
Wenn ja, wann und mit welchem Befund?		
	Divertikel	
	Tumor	
	Polypen	
Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?		
Wie häufig wurden diese entfernt?	mal	

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?		Ja	Nein
Wenn ja, seit wann und welche?			
	Reizdarm	seit	
	Colitis ulcerosa	seit	
	Morbus Crohn	seit	
	Sodbrennen	seit	
	Magenschleimhautentzündung	seit	
	Magengeschwür	seit	
	Helicobacter pylorii	seit	

Welche Behandlung wird durchgeführt?
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?
Ja

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?
Ja und zwar
Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)?

Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt?
Ja und zwar

Wie sind Sie zur Welt gekommen?
Natürliche Geburt

Wurden Sie gestillt?

Ja

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
Infektionen			
Verstopfung			
Hämorrhoiden			
Durchfall			
Blähungen			
Völlegefühl (im Oberbauch/in der Magengegend)			
Völlegefühl (im Unterbauch/in der Nabelgegend)			
Appetitlosigkeit			
Übelkeit			
Erbrechen			
Aufstoßen			
Sodbrennen			
Bauchschmerzen			
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?			
Bauchkoliken			
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?			
Magengeräusche (Grummeln im Magen)			
Darmgeräusche (Darmkollern)			
Zungenbelag			
(Nächtliche) Muskelkrämpfe			
Konzentrationsstörungen			
Antriebslosigkeit			
Rastlosigkeit			
Unruhe			
Schwindel			
Tinnitus			

Seekrankheit			
Reiseübelkeit			

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?				
Beeinträchtigen die Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben sie zur Folge, dass sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können?				
Leiden Sie unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen?				
Haben Sie öfter Brustschmerzen?				
Nein	ja, beim Atmen bei Anstrengung;		nach dem Essen nach Ärger oder Zorn	

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

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?		
Stillen Sie?		
Nehmen Sie die Pille?		
Menstruationsbeschwerden		
Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation?		
Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z.B. Schmerzmittel) während der Menstruation?		
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?		
Sind Sie in der Menopause?		
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?		
Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte?		
Treten bei Ihnen Vaginalinfektionen/-pilze auf?		
Haben Sie Vaginalausfluss?		
Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf?		
Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion?		

Wie oft haben Sie Stuhlgang?		
mehrmals täglich; einmal täglich; 2-3 mal pro Woche; einmal pro Woche		
In welcher Form?	dünn-wässrig dünn geformt breiig harter Stuhl dunkle Kügelchen klebt an der Schüssel schlauchartig weich	Welche Farbe hat der Stuhl?
Enthält der Stuhl Beimengungen?	Schleim Blut Eiter unverdaute Speisen faserige Nahrungsbestandteile	Wie riecht der Stuhl meistens?
Wann bekommen Sie Durchfälle?	bei Aufregung nach fettigem Essen nach Obst (-säften)	nach scharfen Gewürzen nach Milch (-produkten)

Gasbildung/Windabgang		
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen?	ja nein	Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges?
Können Sie die Gase entweichen lassen?	ja nein manchmal	Wie häufig haben Sie Windabgang?
Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?	säuerlich nach Fisch faulig übelriechend geruchlos bzw. riechen kaum	Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?

Leiden Sie an bekannten Allergien (IgE-vermittelt)?
Birke, Erle, Hasel Beifuß Gräser
Sonstige:

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
Fruktose Laktose	Gluten Histamin
Sonstige:	

Wann _____ und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?
Atemtest IgG ₄ -Test
Sonstige:

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

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von	nie	selten	häufig	immer
Obst, Säften, Limonaden				
Milch (-produkten)				
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)				
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln				
Sekt, Rotwein				
Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami				
Hartkäse (Parmesan, Emmentaler...)				
Schokolade/Kakao				

Stress	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich überfordert?				
Können Sie sich entspannen?				
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und seelischen Faktoren bzw. stressigen Situationen?				

Weitere Störfaktoren	Ja	Nein
Haben Sie Haustiere?		
Waren Sie im Ausland?		
Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung (Ozon, Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?		
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums...)?		
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?		
Rauchen Sie?		

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

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

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 (%)	BMI (Body Mass Index)

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

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.

Sie sind darüber informiert worden, dass die Apotheke keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für Sie ausschließlich beratend tätig ist.

Datum

Unterschrift