

## Fragebogen zu unklaren Magen- und Darmbeschwerden

Bitte diesen Fragebogen vorab und unterschrieben zurücksenden oder zum ersten Beratungstermin mitbringen.

Datum

Name, Vorname

tt.mm.jjjj

Rufnummer

Anschrift

Beruf

Straße und Hausnummer PLZ

Stadt

Geschlecht Geburtsdatum

tt.mm.jjjj

### Liegt eine ärztliche Diagnose zu Ihren Beschwerden vor?

Ja Datum der Diagnose Diagnose  
 tt.mm.jjjj  
 Nein Von welchem Arzt?

### Ist Ihr Blutbild in Ordnung?

Ja  
 Nein Wenn nein, welche Werte sind auffällig?

### Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja Wenn ja, mit welchem Befund? Divertikel Polypen Tumor  
 Nein Anzahl der Polypen  
 Wie häufig wurden diese entfernt?

### Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?

Diagnosedatum  
 tt.mm.jjjj

Welche Behandlungen wird/wurde durchgeführt?

Reizdarm

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

Sodbrennen

Magenschleimhautentzündung

Magengeschwür

Helicobacter pylori

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

Ja

Nein

**Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?**

Ja                      Gegen welche Erkrankungen?                      Name des/der Medikamente?

**Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt?**

Ja                      Name der Maßnahme/n

**Geburt und erste Nahrung**

Wurden Sie natürlich geboren?

Geburt durch Kaiserschnitt?

Wurden Sie gestillt?    Stilldauer

**Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie?**

**nie      selten      häufig**

Infektionen

Verstopfung

Hämorrhoiden

Durchfälle

Blähungen

Völlegefühl (Oberbauch/Magengegend)

Völlegefühl (Unterbauch/Nabelgegend)

Appetitlosigkeit

Übelkeit

Erbrechen

Aufstoßen

Sodbrennen

Bauchschmerzen

Lokalisation der Bauchschmerzen

Bauchkoliken

**Weitere Beschwerden:**

nie    selten    häufig

Magengeräusche z.B. Grummeln im Magen

Darmgeräusche (Darmkollern)

Zungenbelag

(Nächtliche) Muskelkrämpfe

Konzentrationsstörungen

Antriebslosigkeit

Rastlosigkeit

Unruhe

Schwindel

Tinnitus

Seekrankheit

Reiseübelkeit

immer

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?

Beeinträchtigen die Beschwerden Ihr soziales Leben negativ?

Leiden Sie unter Depressionen/depressiven Verstimmungen?

**Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?**

Einschlafprobleme

Durchschlafproblemen

Zu welcher Uhrzeit werden Sie wach?

**Weitere Beschwerden:**zutreffendes bitte  
ankreuzen

Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen/"gerädert"?

Haben Sie Symptome wie nach dem Genuss von größeren 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 2 Mal im Jahr auf?

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**zutreffendes bitte  
ankreuzen

Sind Sie schwanger?

Stillen Sie?

Nehmen Sie die Pille?

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation?

Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden, während  
der Menstruation, Medikamente (Analgetika)?

Haben Sie eine 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?

<b>Wie oft haben Sie Stuhlgang?</b>	Mehrmals täglich	Einmal täglich	2-3 mal/ Woche	Einmal/ Woche		
Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhls?	dünn- wässrig	dünn geformt	breiig	hart	dunkle Kügelchen	klebend schlauchartig
Enthält Ihr Stuhl Beimengungen?	Schleim	Blut	Eiter	unverd. Speisen	fasrige Nahrungsbestandteile	

Welche Farbe hat Ihr Stuhl?

Wie riecht Ihr Stuhl meistens?

**Bekommen Sie Durchfälle nach/bei?**

Aufregung Obst fettigem Essen scharfem Essen Milch (-produkten)

**Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen?**

Ja

Nein

**Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges?**

Ja

Nein

**Können Sie Gase entweichen lassen?**

Ja

Manchmal

Nein

**Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?**

säuerlich fischig faulig übelriechend geruchlos/  
riecht kaum

**Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?**

**Leiden Sie unter bekannten Allergien (IgE-vermittelt)?**

Birke, Erle  
Hasel

Beifuß

Gräser

Sonstige

**Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

Fructose

Laktose

Gluten

Histamin

Sonstige

Wann und wie wurde die Unverträglichkeit diagnostiziert?

Atemtest IgG4-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**

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  
Lösemitteln (Farben, Lacke, Parfums ...)?

Rauchen Sie?

**Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?****Sport**Wie oft betreiben Sie Sport in Stunden/  
Durchschnittlich in der Woche

Ausdauersport

Höhe Ruhepuls

Kraftsport

Wunschgewicht

Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend?

**Leiden Sie unter ...**zutreffendes  
bitte ankreuzen

Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen

Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen

Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholproblemen)

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

Wurzelbehandelter 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 nur ausfüllen, falls bekannt, sonst freilassen)

Bluthochdruck sys. diast.	Gesamt Cholesterin (in mg/dL)	HDL-Cholesterin (in mg/dL)	LDL-Cholesterin (in mg/dL)	Triglyceride (in mg/dL)
Homocystein (in $\mu\text{mol/L}$ )	MCV (in mg/dL)	Harnsäure (in mg/dL)	Blutzucker (in mg/dL)	HbA1c (in mg/dL)
Hämatokrit (in %)	Leberwerte: AST (früher GOT) (in U/L)	Alt (früher GPT) (in U/L)	GGT (Gamma-GT) (in U/L)	

---

Hinweis 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, Ort

---

Unterschrift