

Fragebogen zu Magen-Darm-Beschwerden

Name, Vorname:	Datum:
E-Mail:	Telefon-Nr.:
Anschrift:	Beruf:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:

Liegt eine ärztliche Diagnose vor?	Nein <input type="checkbox"/>
Ja, und zwar:	Name des Arztes:
Bitte bringen Sie zum Ersttermin evtl. vorhandene Laborwerte bzw. Arztberichte mit	

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

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

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

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

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

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

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

Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?	Nie	Selten	Häufig	Immer
Infektionen				
Verstopfungen				
Hämorrhoiden				
Durchfall				
Blähungen				
Völlegefühl im Oberbauch/in der Magengegend				
Völlegefühl im Unterbauch/in der Nabelgegend				
Appetitlosigkeit				
Übelkeit				
Erbrechen				

Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?	Nie	Selten	Häufig	Immer
Aufstoßen				
Sodbrennen				
Bauchschmerzen				
Bauchkoliken				
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
Magengeräusche				
Darmgeräusche				
Zungenbelag				
(nächtliche) Muskelkrämpfe				
Konzentrationsstörungen				
Antriebslosigkeit				
Rastlosigkeit				
Unruhe				
Schwindel				
Tinnitus				
Seekrankheit/Reiseübelkeit				
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt				
Leiden Sie unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen				

Andere Symptome	Ja	Nein
Haben Sie Einschlafprobleme?		
Haben Sie Durchschlafprobleme?		
Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach?		
Haben Sie nachts oder morgens Symptome wie nach Genuss von Alkohol? (Das Gefühl, wie verkaterter zu sein?)		
Vertragen Sie Alkohol?		
Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume?		
Treten grippale Infekte häufiger als 2 x jährlich auf?		
Leiden Sie unter Herpes?		
Ist bei Ihnen schon einmal eine Gürtelrose aufgetreten?		
Waren Sie schon einmal von einer Borrelien-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?		
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?		
Haben Sie während der Menstruation geschwollene Brüste?		
Nehmen Sie wegen krampfartiger Menstruationsbeschwerden Medikamente ein?		
Sind Sie in der Menopause?		
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?		
Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte?		
Treten bei Ihnen Vaginalinfekte/-pilze auf?		

Nur von weiblichen Personen auszufüllen	Ja	Nein
Haben Sie Vaginalfluss?		
Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf		
Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion		

Stuhlgang			
Mehrmals täglich?	Einmal täglich?	2-3x pro Woche	Einmal pro Woche?
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 Speisereste <input type="checkbox"/> faserige Nahrungsbestandteile
Wie riecht der Stuhl?	<input type="checkbox"/> säuerlich <input type="checkbox"/> nach Fisch <input type="checkbox"/> faulig/übelriechend <input type="checkbox"/> riecht kaum	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			
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme des Bauchumfanges nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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"/> riecht 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, Haselnuss	<input type="checkbox"/>
Sellerie/Beifuß	<input type="checkbox"/>
Gräser	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten			
Fruktose	<input type="checkbox"/>	Laktose	<input type="checkbox"/>
Histamin	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>
Gluten		<input type="checkbox"/>	

Ernährungsgewohnheiten Wie häufig verzehren Sie.....	Nie	Gelegentlich	Täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate				
Obst als Rohkost, frische Obstsäfte				
Gemüse als Rohkost, frische Gemüsesäfte				
Vollkornprodukte				
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse				
Frittiertes, paniertes				
Wurst, Geräuchertes				
Fleisch				
Zucker, Süßigkeiten, Backwaren, zuckerhaltige Limonaden				
Fastfood				
Light-Produkte				
Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons				
Alkoholische Getränke				
Diabetiker-Produkte				

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von.....	Nie	Selten	Häufig	Immer
Obst, Säften, Limonaden				
Milch (-produkten)				
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)				
Rosinen				
Kartoffeln, Paprika, Tomaten, Auberginen Aktivem/passivem Rauchen				
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmittel				
Sekt, Rotwein, Alkohol				
Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami, Hartkäse, Bananen				
Schokolade/Kakao				

Stress	Nie	Selten	Häufig	Immer
Fühlen Sie sich überfordert?				
Können Sie entspannen?				
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Beschwerden und seelischen Faktoren?				

Sonstige Faktoren	Ja	Nein
Haben Sie Haustiere?		
Waren Sie im Ausland?		
Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung aus (Ozon, Insektizide, Pestizide, Druckerstäube, Schwermetalle usw.)?		
Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?		
Arbeiten Sie mit Desinfektions- Reinigungs- oder Lösungsmittel?		
Rauchen Sie?		

Haben Sie neben den Magen-Darm-Symptomen weitere Symptome?			
Akne, Haut-, Haar-, Nagelprobleme		Allergische Reaktionen, Heuschnupfen	
Neurodermitis		Psoriasis	
Herz- Kreislaufprobleme		Arthrose, degenerative Erkrankungen	
Entzündliche Erkrankungen, Rheuma		Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer	
Bluthochdruck		Kopfschmerzen, Migräne	
Diabetes Typ I		Osteoporose	
Diabetes Typ II		Potenzprobleme	
Fettstoffwechselstörungen		Gicht	
Leberbelastung (Hepatitis, hohe Leberwerte im Labor, Alkohol)		Krebs, Krebsnachsorge	
Sehprobleme		Schilddrüsenprobleme	
Schwermetallbelastung		Wurzelbehandelte Zähne	
Zähne mit Amalgamfüllungen		Zähne mit Goldfüllungen	

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe