

Fragebogen zu Ihrer Magen-Darm-Gesundheit

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Geschlecht:	
Straße:		Beruf:	
PLZ, Ort:		Telefon:	
Land:		Email:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit ich Sie am besten beraten kann.

Ist Ihr Blutbild in Ordnung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls nicht, welche Werte sind auffällig?		

Wie ist Ihr Gewichtszustand?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Übergewicht (BMI > 25)		
Untergewicht (BMI < 19)		

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?		
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"/>	Magenschleimhautentzündungen	seit
<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	seit
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylorii	seit
Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?		
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine ärztliche Diagnose vor?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Und zwar:		
Wenn ja, von welchem Arzt?		
Wurden bereits (naturheilkundliche) Maßnahmen durchgeführt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Und zwar:		
Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Probleme oder Erkrankungen im Mund?	Ja	Nein
Parodontose / Parodontitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Füllungen? Welches Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurzelbehandlung / tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezogene Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 nach dem Essen	<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, Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
<hr/>				
Bauchkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
<hr/>				
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	<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"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigen diese 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 Depressionen oder depressiven Verstimmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?		
<hr/>		
Fühlen Sie sich morgens wie benebelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die oben genannten Beschwerden schon seit längerer Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wann?		

Wie oft haben Sie Stuhlgang?			
<input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> einmal täglich	<input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> einmal 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"/> 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)	

Gasbildung/Windabgang		
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfangs nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfangs?	<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 <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

Essen Sie?		
<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> viele Zwischenmahlzeiten

Ernährungsgewohnheiten: Wie häufig verzehren Sie...?	nie	1x pro Woche oder weniger	mehrmals pro Woche	einmal täglich	mehrmals täglich
Frische Salate (Rohkost)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, frische Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst, Geräuchertes	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker, Süßigkeiten, helle Backwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zuckerhaltige Limonaden	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Light-Produkte	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von...?	nie	mehrmals pro Woche	einmal täglich	mehrmals täglich
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 Süßungsmittel	<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"/>

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?	
<input type="checkbox"/> Fruktose	<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Laktose	<input type="checkbox"/> Histamin
Wann und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?	
Bei fehlender Diagnose: Gibt es einen Verdacht?	

Stress	Ja	Nein
Fühlen Sie sich überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich entspannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Heißhungerattacken?	<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"/>

Weitere Faktoren	
Waren Sie im Ausland? Wenn ja, wann? Hatten Sie dort Magen-Darm-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Machen Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, wie häufig und welche Sportart?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> <hr/>

Leiden Sie unter?	
<input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Mundgeruch <input type="checkbox"/> Rheuma, Arthrose, degenerative Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen, Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Krebs, Krebsvorsorge <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Psoriasis / Rosacea <input type="checkbox"/> Schwermetallbelastung <input type="checkbox"/> Schilddrüsenproblemen <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson <input type="checkbox"/> Akne, unreine Haut <input type="checkbox"/> schlechte Wundheilung <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Hepatitis

Welche Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel oder weitere Mikronährstoffe nehmen Sie ein?

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, mit welchem Befund? (Wurden Divertikel festgestellt?)		

Nur von weiblichen Personen auszufüllen!	Ja	Nein
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wiederkehrende Harnwegsinfekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihnen Vaginalinfekte oder -pilze auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich in der Menopause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	_____
	_____	_____

Bitte nur bei Kindern angeben!
Erfolgte die Geburt natürlich oder per Kaiserschnitt?

Wurde das Kind gestillt und wenn ja, wie lange?

Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen? Beschreiben Sie hier Ihre Beschwerden in eigenen Worten. Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden? Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der Beschwerden?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
<input type="checkbox"/> Kollegen
<input type="checkbox"/> Freunde
<input type="checkbox"/> Verwandte
<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/> Internet

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