

Fragebogen zu Blähungen und unklaren Bauchbeschwerden

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

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

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

Wurde schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und mit welchem Befund?		
<input type="checkbox"/>	Divertikel	
<input type="checkbox"/>	Tumor	
<input type="checkbox"/>	Polypen	
Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?		
Wie häufig wurden diese entfernt? mal		

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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"/>	Magenschleimhautentzündung	seit
<input type="checkbox"/>	Magengeschwür	seit
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylorii	seit
Welche Behandlung wird durchgeführt?		
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Liegt eine andere ärztliche Diagnose vor?	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> und zwar		
Wenn ja, von welchem Arzt?		
Wurden bereits (naturheilkundliche) Maßnahmen durchgeführt?	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> und zwar		

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?		
Ja	<input type="checkbox"/> und zwar	Nein <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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
Bauchkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
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"/>

	nie	selten	häufig	immer
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?				
Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja, beim Atmen <input type="checkbox"/> bei Anstrengung;	<input type="checkbox"/> nach dem Essen <input type="checkbox"/> 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 wie nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol (Gefühl wie verkatert zu sein)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragen Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens wie benebelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume?	<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?	
Ja, seit <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z.B. Schmerzmittel) während der Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Eiter <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)	<input type="checkbox"/> nach scharfen Gewürzen <input type="checkbox"/> nach Milch (-produkten)	

Gasbildung/Windabgang			
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres 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
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 täglich <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

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

Ernährungsgewohnheiten: Wie häufig verzehren Sie...	nie	gelegentlich	täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate (Rohkost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst, frische Obstsaften	<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, Backwaren, 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. stressigen Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

--

Leiden Sie unter

Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen	<input type="checkbox"/>	Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholprobleme)	<input type="checkbox"/>	Krebs, Krebsnachsorge	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/>	Arthrose, degenerativen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma	<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"/>	Potenzproblemen	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	Schwermetallbelastung	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenproblemen	<input type="checkbox"/>
Sehproblemen	<input type="checkbox"/>		

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

--

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

Allgemeine Fragen & Basiswerte

(Falls keine Werte bekannt evtl. Quadro-Check durchführen)

Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	Körperfettanteil	Harnsäure	Blutzucker
		%	in mg/dL	in mg/dL
BMI (Body Mass Index)		<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch
		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
		<input type="checkbox"/> mir unbekannt	<input type="checkbox"/> mir unbekannt	<input type="checkbox"/> mir unbekannt
Blutdruck	Gesamt-Cholesterin	HDL-Cholesterin	Triglyceride	Homo-cystein
sys.	in mg/dL	in mg/dL	in mg/dL	in µmol/L
diast.				
<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu hoch
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> zu tief	<input type="checkbox"/> zu tief	<input type="checkbox"/> zu tief	<input type="checkbox"/> zu tief	<input type="checkbox"/> mir unbekannt
<input type="checkbox"/> mir unbekannt	<input type="checkbox"/> mir unbekannt	<input type="checkbox"/> mir unbekannt	<input type="checkbox"/> mir unbekannt	
LDL-Cholesterin in mg/dL				
HbA1c:				

Treiben Sie Sport?	Nein <input type="checkbox"/>
Ja, ich treibe Ausdauersport <input type="checkbox"/>	Ja, ich betreibe Kraftsport <input type="checkbox"/>
Durchschnittlich _____ mal pro Woche	oder _____ Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr Ruhepuls?	
Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?	
Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>