



Fragebogen für Patienten mit Magen-Darm-Beschwerden oder Verdacht auf eine Nahrungsmittelunverträglichkeit

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um Sie optimal behandeln zu können, ist Ihre Mitarbeit sehr wichtig. Daher möchten wir Sie im Vorfeld um einige persönliche Angaben bitten.

Sofern Ihnen Berichte oder Untersuchungsergebnisse vorliegen, bringen Sie diese zu Ihrem Vorstellungstermin bitte mit.

Ebenso werden Sie gebeten, bereits im Vorfeld das beigefügte Ess- und Beschwerdeprotokoll für 7 Tage zu führen und – wenn eben möglich – uns im Vorfeld zusammen mit diesem Fragebogen zukommen zu lassen. In unserem Beratungsgespräch kann dann auf diese Informationen schon zugegriffen werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

1. Welche Art von Magen-Darm-Beschwerden besteht bei Ihnen?

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden ungefähr?

seit _____ Tagen seit _____ Wochen seit etwa _____ Monaten
seit dem _____ Lebensjahr seit _____ Jahren

3. Wie oft am Tag oder in der Woche haben Sie Stuhlgang?

4. Haben Sie Beschwerden mit Verstopfung oder Durchfall?

o Verstopfung o Durchfall

5. Wechseln sich Durchfall und Verstopfung ab?



6. Sind Ihnen schon einmal Blutbeimengungen im Stuhl aufgefallen?
(der Stuhl ist dann richtig schwarz) ja nein

7. Wie würden Sie Ihren Stuhl beschreiben?

Sind Ihnen schon einmal einige der folgenden Aspekte aufgefallen?

- Schleim ist beigemengt ja nein
- Der Stuhl ist weich ja nein
- Ist fester ja nein
- klumpig ja nein
- ist wässrig ja nein
- mal hell, mal dunkel ja nein
- Gefühl einer unvollständigen Entleerung beim Toilettengang? ja nein
- Sie müssen manchmal sehr dringend zur Toilette? ja nein
- Müssen Sie sich um Stuhlgang bemühen? ja nein
- Fühlt es sich an wie Verstopfung? ja nein

8. Haben Sie außerdem öfter folgende Beschwerden?

- Oberbauchbeschwerden/ Krämpfe? ja nein
 - Übelkeit? ja nein
 - Aufgeblähter Bauch? ja nein
 - Blähbauch vor allem nach dem Essen? ja nein
 - Übelkeit vor allem nach dem Essen? ja nein
 - Erbrechen? ja nein
 - Weitere Beschwerden; welche?
-
-

9. Haben Sie Beschwerden außerhalb des Magen-Darm Bereiches?

- Migräne ja nein wenn ja, seit: _____
- Ekzeme auf der Haut ja nein wenn ja, seit: _____
- Gelenkbeschwerden ja nein wenn ja, seit _____
- Gewichtsverlust: ja nein wenn ja, _____ kg in
_____ Monaten/Wochen

10. Fühlen Sie sich in der letzten Zeit oder schon seit längerem traurig oder niedergeschlagen? Wenn ja, haben Sie eine Erklärung dafür?

11. Sind Sie schnell unzufrieden mit sich selber? Oder würden Sie von sich behaupten, dass Sie ein eher fröhlicher und gelassener Mensch sind?

Vorname, Name _____ Datum _____

Mahlzeit	Gegessen wurde	Getrunken wurde	Beschwerden – welcher Art	Abstand zum Essen
Frühstück				
Ggf. Zwischenmahlzeit				
Mittagessen				
Ggf. Zwischenmahlzeit				
Abendessen				
Sonstige Nahrungszufuhr				