



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) o ja o nein

7. Wie würden Sie Ihren Stuhl beschreiben?

Sind Ihnen schon einmal einige der folgenden Aspekte aufgefallen?

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

8. Haben Sie außerdem öfter folgende Beschwerden?

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

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

- Migräne o ja o nein wenn ja, seit: _____
- Ekzeme auf der Haut o ja o nein wenn ja, seit: _____
- Gelenkbeschwerden o ja o nein wenn ja, seit _____
- Gewichtsverlust: o ja o 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?



12. Verschlimmern sich Ihre Beschwerden in Stresssituationen?

13. Verbessern sich Ihre Beschwerden am Wochenende oder im Urlaub?

13. Können Sie nachts gut schlafen, oder verschlimmern sich dann die Beschwerden?

14. Wurden bei Ihnen schon einmal folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Magenspiegelung: o ja o nein
wenn ja, wann _____

aus welchem Grund? _____

Ergebnis: _____

- Darmspiegelung: o ja o nein
wenn ja, wann _____

aus welchem Grund? _____

Ergebnis: _____

- Laktose- Belastungstest: o ja o nein
wenn ja, wann _____

mit welcher Methode _____

Ergebnis: _____

- Fruktose- Belastungstest: o ja o nein
wenn ja, wann _____

mit welcher Methode _____

Ergebnis: _____

- Sorbit-Belastungstest: o ja o nein
wenn ja, wann _____

mit welcher Methode _____

Ergebnis: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!

Kopiervorlage für jeweils 1 Tag-
 bitte für eine Woche
 protokollieren

Ess- und Beschwerdeprotokoll bei V.a. Nahrungsmittelunverträglichkeit

Vorname, Name _____ Datum _____

Mahlzeit	Gegessen wurde	Getrunken wurde	Beschwerden – welcher Art	Abstand der Beschwerden zum Essen/Trinken	Verdauung: Zeitpunkt und Beschaffenheit
Frühstück					
Ggf. Zwischenmahlzeit					
Mittagessen					
Ggf. Zwischenmahlzeit					
Abendessen					
Sonstige Nahrungszufuhr					