St. Lorenz-Str.6 • 92 334 Berching

Tel: 08462/905190 • apotheke-berching.de

E-Mail: darmberatung@sankt-lorenz-apotheke.de

Ihr Termin bei uns am:

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu ihrem Apothekenbesuch mit.

Fragebogen

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** | Datum: |
| **Email:** | Telefonnummer: |
| **Anschrift:** | Beruf: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geschlecht** | [ ]  männlich | [ ]  weiblich | **Geburtsdatum** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Liegt eine ärztliche Diagnose vor? | Nein [ ]  |
| Ja [ ]  und zwar       |
| Wenn ja, von welchem Arzt?       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist Ihr Blutbild in Ordnung? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Falls nicht, welche Werte sind auffällig?       |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Wenn ja, wann und mit welchem Befund?       |
| [ ]  | Divertikel |
| [ ]  | Tumor |
| [ ]  | Polypen |
| Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?       |
| Wie häufig wurden diese entfernt?       mal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Wenn ja, seit wann und welche?       |
| [ ]  | Reizdarm seit       |
| [ ]  | Colitis ulcerosa seit       |
| [ ]  | Morbus Crohn seit       |
| [ ]  | Sodbrennen seit       |
| [ ]  | Magenschleimhautentzündung seit       |
| [ ]  | Magengeschwür seit       |
| [ ]  | Helicobacter pylorii seit       |

|  |
| --- |
| Welche Behandlung wird durchgeführt? |
|       |
| Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein? |
| Ja [ ]  | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden? |
| Ja [ ]  und zwar      Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)? | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt? |
| Ja [ ]  und zwar       | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Wie sind Sie zur Welt gekommen? |
| Natürliche Geburt [ ]  | Kaiserschnitt [ ]  |

|  |
| --- |
| Wurden Sie gestillt? |
| Ja [ ] Wenn ja, wie lange? | Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie? |
|  |
| Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese? | nie | selten | häufig | immer |
| Infektionen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Verstopfung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hämorrhoiden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Durchfall | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Blähungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Völlegefühl (im Oberbauch/in der Magengegend) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Völlegefühl (im Unterbauch/in der Nabelgegend) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Appetitlosigkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Übelkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Erbrechen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Aufstoßen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sodbrennen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Bauchschmerzen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert? |  |
| Bauchkoliken | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf? |  |
| Magengeräusche (Grummeln im Magen) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Darmgeräusche (Darmkollern) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zungenbelag | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| (Nächtliche) Muskelkrämpfe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Konzentrationsstörungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Antriebslosigkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Rastlosigkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Unruhe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Schwindel | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tinnitus | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Seekrankheit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Reiseübelkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nie | selten | häufig | immer |
| Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Beeinträchtigen die Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben sie zur Folge, dass sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Leiden Sie unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| Haben Sie öfter Brustschmerzen? |
| Nein [ ]  | [ ]  ja, beim Atmen[ ]  bei Anstrengung;  | [ ]  nach dem Essen[ ]  nach Ärger oder Zorn |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Andere Symptome | Ja | Nein |
| Haben Sie Einschlafprobleme? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie Durchschlafprobleme? | [ ]  | [ ]  |
| Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach? |  |
| Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen/ gerädert? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie Symptome wie nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol (Gefühl wie verkatert zu sein)? | [ ]  | [ ]  |
| Vertragen Sie Alkohol? | [ ]  | [ ]  |
| Fühlen Sie sich morgens wie benebelt? | [ ]  | [ ]  |
| Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln? | [ ]  | [ ]  |
| Treten grippale Infekte häufiger als 2x pro Jahr auf? | [ ]  | [ ]  |
| Leiden Sie unter Herpes? | [ ]  | [ ]  |
| Ist bei Ihnen schon einmal eine Gürtelrose aufgetreten? | [ ]  | [ ]  |
| Waren Sie schon einmal von einer Borreliose-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? | [ ]  | [ ]  |
| Menstruationsbeschwerden | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation? | [ ]  | [ ]  |
| Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z.B. Schmerzmittel) während der Menstruation? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie eine sehr starke Menstruation? | [ ]  | [ ]  |
| Sind Sie in der Menopause? | [ ]  | [ ]  |
| Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte? | [ ]  | [ ]  |
| Treten bei Ihnen Vaginalinfektionen/-pilze auf? | [ ]  | [ ]  |
| Haben Sie Vaginalausfluss? | [ ]  | [ ]  |
| Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf? | [ ]  | [ ]  |
| Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion? | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| Wie oft haben Sie Stuhlgang? |
| [ ]  mehrmals täglich; [ ]  einmal täglich; [ ]  2-3 mal pro Woche; [ ]  einmal pro Woche |
| In welcher Form? | [ ]  dünn-wässrig[ ]  dünn geformt[ ]  breiig[ ]  harter Stuhl[ ]  dunkle Kügelchen[ ]  klebt an der Schüssel[ ]  schlauchartig weich | Welche Farbe hat der Stuhl? | [ ]  dunkelbraun[ ]  hellbraun/lehmfarben[ ]  gelblich/tonfarben[ ]  grünlich[ ]  grau[ ]  rötlich[ ]  schwarz |
| Enthält der Stuhl Beimengungen? | [ ]  Schleim[ ]  Blut[ ]  Eiter [ ]  unverdaute Speisen[ ]  faserige Nahrungs-bestandteile | Wie riecht der Stuhl meistens? | [ ]  säuerlich[ ]  nach Fisch[ ]  faulig/übelriechend[ ]  riecht kaum bzw. überhaupt nicht |
| Wann bekommen Sie Durchfälle? | [ ]  bei Aufregung[ ]  nach fettigem Essen[ ]  nach Obst (-säften) | [ ]  nach scharfen Gewürzen[ ]  nach Milch (-produkten) |

|  |
| --- |
| Gasbildung/Windabgang |
| Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen? | [ ]  ja[ ]  nein | Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges? | [ ]  ja[ ]  nein |
| Können Sie die Gase entweichen lassen? | [ ]  ja[ ]  nein[ ]  manchmal | Wie häufig haben Sie Windabgang? | [ ]  weniger als 10 mal täglich[ ]  10-50 mal täglich[ ]  dauernd |
| Wie ist der Geruch der abgehenden Winde? | [ ]  säuerlich[ ]  nach Fisch[ ]  faulig[ ]  übelriechend[ ]  geruchlos bzw. riechen kaum | Wann tritt der Windabgang verstärkt auf? | [ ]  nach dem Essen[ ]  unabhängig vom Essen |

|  |
| --- |
| Leiden Sie an bekannten Allergien (IgE-vermittelt)? |
| [ ]  Birke, Erle, Hasel[ ]  Beifuß[ ]  Gräser |
| [ ]  Sonstige: |

|  |
| --- |
| Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten? |
| [ ]  Fruktose[ ]  Laktose | [ ]  Gluten[ ]  Histamin |
| [ ]  Sonstige: |

|  |
| --- |
| Wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt? |
| [ ]  Atemtest[ ]  IgG4-Test |
| [ ]  Sonstige: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ernährungsgewohnheiten:Wie häufig verzehren Sie… | nie | gelegentlich | täglich | Mehrmalstäglich |
| Frische Salate | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Obst (als Rohkost), frische Obstsäfte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Gemüse (als Rohkost), frische Gemüsesäfte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Gemüse (gekocht, gebraten, gedünstet o.ä.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Vollkornprodukte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Frittiertes, Paniertes | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wurst, Geräuchertes | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fleisch | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fisch | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zucker, Süßigkeiten, Backwaren, zuckerhaltige Limonaden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fastfood | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Light-Produkte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Alkoholische Getränke | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von | nie | selten | häufig | immer |
| Obst, Säften, Limonaden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Milch (-produkten) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sekt, Rotwein | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hartkäse (Parmesan, Emmentaler…) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Schokolade/Kakao | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stress | nie | selten | häufig | immer |
| Fühlen Sie sich überfordert? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Können Sie sich entspannen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und seelischen Faktoren bzw. stressigen Situationen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weitere Störfaktoren | Ja | Nein |
| Haben Sie Haustiere? | [ ]  | [ ]  |
| Waren Sie im Ausland? | [ ]  | [ ]  |
| Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung (Ozon, Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus? | [ ]  | [ ]  |
| Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums…)? | [ ]  | [ ]  |
| Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen? | [ ]  | [ ]  |
| Rauchen Sie? | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| Welche Arzneimittel nehmen Sie ein? |
|       |

|  |
| --- |
| Leiden Sie unter |
| Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen | [ ]  | Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen | [ ]  |
| Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholprobleme) | [ ]  | Krebs, Krebsnachsorge | [ ]  |
| Herz- Kreislaufproblemen | [ ]  | Arthrose, degenerativen Erkrankungen | [ ]  |
| Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma | [ ]  | Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson | [ ]  |
| Bluthochdruck | [ ]  | Neurodermitis | [ ]  |
| Diabetes Typ I | [ ]  | Osteoporose | [ ]  |
| Diabetes Typ II | [ ]  | Potenzproblemen | [ ]  |
| Fettstoffwechselstörungen | [ ]  | Psoriasis (Schuppenflechte) | [ ]  |
| Gicht | [ ]  | Schwermetallbelastung | [ ]  |
| Kopfschmerzen, Migräne | [ ]  | Wurzelbehandelte Zähne | [ ]  |
| Sehproblemen | [ ]  | Zähne mit Amalgamfüllungen | [ ]  |
| Schilddrüsenproblemen | [ ]  | Zähne mit Goldfüllungen | [ ]  |

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

# Ergänzende Informationen: Basiswerte

(Bitte eintragen falls die Werte bekannt sind, ansonsten frei lassen.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Blutdruck | Gesamt-Cholesterin | HDL-Cholesterin | LDL-Cholesterin  | Triglyceride |
| sys.      diast.       | (in mg/dL) | (in mg/dL) | (in mg/dL) | (in mg/dL) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Homocystein | MCV | Harnsäure | Blutzucker | HbA1c |
| (in µmol/L) | (in mg/dL) | (in mg/dL) | (in mg/dL) | (in mg/dL) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hämatokrit | Leberwerte:AST (früher GOT) | ALT (früher GPT) | GGT (Gamma-GT) |
| (in %) | (in U/L) | (in U/L) | (in U/L) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Größe (in cm) | Gewicht (in kg) | Körperfettanteil (%) | BMI (Body Mass Index) |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Treiben Sie Sport? | Nein [ ]  |
| Ja, ich treibe Ausdauersport [ ]  | Ja, ich betreibe Kraftsport [ ]  |
| Durchschnittlich       mal pro Woche | oder       Stunden pro Woche |
| Wie hoch ist Ihr Ruhepuls? |       |
| Wieviel (kg) möchten Sie wiegen? |       |
| Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

# 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 |