

Datum: _____

Patientenname: _____



Praxisstempel

Beschwerdebild

Art und Ort der Beschwerden:	
Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
Gibt es ein Ereignis, welches mit dem Auftreten in Verbindung gebracht werden kann (körperlicher und/oder seelischer Art)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn „Ja“, welches:
Treten Beschwerden im Gastro-Intestinal-Trakt nach der Nahrungsaufnahme auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn „Ja“: <input type="checkbox"/> direkt <input type="checkbox"/> zeitverzögert
Was lindert die Beschwerden allgemein (Wärme, Kälte, Ruhe etc.)?	
Gibt es körperliche Veränderungen, die erstmalig aufgetreten sind (Ausfluss, Hauterscheinungen, Verhärtungen etc.)?	

Vorbefunde/Patientengeschichte

Bekannte Grunderkrankungen:	
Allergien (Typ-1-Allergien):	
Intoleranz gegen Fructose-, Milchzucker- und/oder Histamin-haltige Nahrung:	
Kinderkrankheiten:	
Familiär gehäuft aufgetretene Erkrankungen:	
Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Familie):	
Impfungen:	
Wurde in der Vergangenheit häufig Antibiotika eingenommen?	
Welche Medikamente werden eingenommen?	
Welche Nahrungsergänzungsmittel werden eingenommen?	
Stuhlgang: Häufigkeit/Regelmäßigkeit	
Stuhlbeschaffenheit: (z. B. fest, weich, etc.)	
Laborwerte (Aktuelle Fremdbefunde)	

Datum: _____

Patientenname: _____

Risikofaktoren

Körpergewicht und -größe:	
Körperform:	
Schlafverhalten (Ein- und Durchschlafen, Dauer):	
Schnarchen, Schlafapnoe:	
Genussgifte (Alkohol, Tabak etc.):	
Wohnverhältnisse (ruhig, laut):	

Stressoren

Berufsleben:	
Beziehung/Familie:	
Andere:	

Ernährung

Wie viele Mahlzeiten pro Tag?	
Tägliche Trinkmenge (nicht Alkohol):	
Ernährungsform:	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan
Ernährung ausgewogen oder einseitig:	
Werden viele Fertigprodukte verzehrt?	
Wird mehr Fleisch oder Gemüse gegessen?	<input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Ausgeglichen
Werden viele isolierte Kohlenhydrate verzehrt (Süßigkeiten, Limoade, etc.?)	
Wird dem Essen viel Zeit geschenkt?	
Wird in Gesellschaft gegessen?	
Welche Nahrungsmittel werden scheinbar schlecht vertragen?	
Gibt es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie keine Darmbeschwerden haben und scheinbar alles essen können?	

Datum: _____

Patientenname: _____

Bewegung/Freizeitverhalten

Regelmäßiger Sport:	
Regelmäßiges Spazieren gehen:	
Regelmäßiger Aufenthalt im Freien:	
Gibt es einen Freundeskreis?	
Teilnahmen an gesellschaftlichen oder kulturellen Ereignissen:	

Selbsteinschätzung

Beschreiben Sie sich in einem Satz:	
Was bedrückt Sie am meisten?	
Woran haben Sie am meisten Freude?	
Würden Sie ihr Leben als strukturiert bezeichnen?	
Gab es in der letzten Zeit irgendwelche körperlichen oder psychischen Veränderungen, die Sie sich nicht erklären können?	