

Darm-Sprechstunde - Anamnesefragebogen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Wie häufig treten folgende Beschwerden auf?

Bitte jeweils ankreuzen: Nie | Selten | Oft | Nahezu immer

Beschwerde	N	S	O	NI	Beschwerde	N	S	O	NI
Bauchschmerzen / Bauchkrämpfe					Heller Stuhl				
Blähungen / aufgeblähter Bauch					Blut im Stuhl / schwarzer Stuhl				
Stark / unangenehm riechende Blähungen					Müdigkeit / Erschöpfung				
Völlegefühl nach dem Essen					Brain Fog / Konzentrationsprobleme				
Aufstoßen					Kopfschmerzen / Migräne				
Sodbrennen / Magenbrennen					Hautprobleme				
Übelkeit					Gelenk- / Muskelschmerzen				
Erbrechen					Schlafstörungen				
Verstopfung					Fieber / wiederkehrend erhöhte Temperatur				
Durchfall					Vermehrtes Schwitzen				
Wechsel Verstopfung / Durchfall					Ungewollter Gewichtsverlust				
Gefühl unvollständiger Darmentleerung					Aphten im Mund				
Schleim im Stuhl					Mundwinkelrhagaden				
Fettauflagerungen / fettiger Stuhl					Juckreiz anal				
Unverdaute Nahrungsbestandteile					Juckreiz vaginal				

Andere wichtige Beschwerden:

Gewichtsveränderung im letzten Jahr

Nein

Abnahme

Zunahme

ca.

kg

Stuhlgang

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

mehrmals täglich

1 x täglich

alle 2-3 Tage

seltener als 3 x pro Woche

sehr unterschiedlich

Welche Stuhlform haben Sie überwiegend? (Bristol-Stuhlformen-Skala)



Falls wechselnd: von Typ

bis Typ

Verlauf

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

weniger als 3 Monate

3-12 Monate

1-3 Jahre

länger als 3 Jahre

seit Kindheit / Jugend

Gab es einen erkennbaren Auslöser oder Zeitpunkt, ab dem die Beschwerden begonnen haben?

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Blutuntersuchungen

Stuhl-/Mikrobiomanalyse

Calprotectin im Stuhl

H2-/CH4-Atemtest auf SIBO/IMO

Atemtest Laktose/Fruktose/Sorbit

Magenspiegelung

Darmspiegelung

Biopsien

Ultraschall Bauchorgane

Zöliakie-Diagnostik

Allergie-/Unverträglichkeitsdiagnostik

Sonstiges

Bereits gestellte Diagnosen

Reizdarm

SIBO

IMO

Laktoseintoleranz

Fruktosemalabsorption

Histaminproblematik / -intoleranz

Zöliakie

Chronisch-entzündliche Darmerkrankung

Divertikulose / Divertikulitis

Sonstige

Sonstige Diagnose(n) / relevante Befunde:

Darm-Sprechstunde - Anamnesefragebogen

Wichtige Einflussfaktoren

Regelmäßige Medikamente - welche und in welcher Dosierung?

Nahrungsergänzungsmittel - welche und in welcher Dosierung?

Antibiotika - wann zuletzt / wie häufig?

Magen-Darm-/Reiseinfekte - wann?

Operationen Bauch/Becken - welche / wann?

Allergien / Unverträglichkeiten

Ernährungsform / größere Einschränkungen

Weitere relevante Erkrankungen / Situationen

Schilddrüsenerkrankung / Hashimoto

Autoimmunerkrankung

Leber-/Gallen-/Bauchspeicheldrüsenerkrankung

Tumorerkrankung

Psychische Erkrankung

Schwangerschaft

PCOS

Diabetes / Insulinresistenz

Herz-Kreislauf-Erkrankung / Bluthochdruck

Chronisch-entzündliche Erkrankung

ME/CFS / chronische Erschöpfung

Hautauffälligkeiten / Neurodermitis

Kinderwunsch

Wechseljahre / hormonelle Beschwerden

Sonstige relevante Erkrankungen:

Gab es nach einer Impfung eine deutliche Veränderung Ihrer Beschwerden oder Ihres Gesundheitszustandes?

Nein

Ja - welche Impfung und wann?

Aktuelle Stressbelastung (0-10):

Belastung durch Gesundheitssituation (0-10):

Ihr wichtigstes Anliegen

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen für unseren Termin?