

Fragebogen zur Sprechstunde

Name: _____ Geb. Datum _____

Was ist das Hauptsymptom/Haupterkrankung:

Wie lange bestehen Ihre Hauptbeschwerden schon?

Was sind die Nebensymptome zu dieser Haupterkrankung?

Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig? Ja, von bis ...

Gab es einen „Auslöser“ für den Beginn der Beschwerden (z.B. eine „Magendarmgrippe“)?

War vor Beginn der Beschwerden ein Auslandsaufenthalt erfolgt, wenn ja wo?

Haben Sie in der Vergangenheit Antibiotika eingenommen, wenn ja welche und wann?

Ist der Stuhlgang hart, weich, flüssig, normal oder wechselhaft, falls wechselhaft, was ist führend?

Wie oft am Tag gehen sie auf die Toilette?

Wie viele Tage bestehen am Stück ohne Stuhlgang?

Müssen Sie beim Stuhlgang stark pressen?

Sind die Beschwerden nach dem Stuhlgang besser?

Bauchschmerzen, Bauchkrämpfe wann, wo?

Besteht imperativer Stuhldrang, Gefühl der unvollständigen Entleerung - schleimiger Stuhl – blutiger Stuhl?

Besteht ein Blähbauch? Beschreiben Sie die Situationen.

Besteht Übelkeit / Erbrechen? Beschreiben Sie die Situationen.

Ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung bekannt (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)?

Bestehen Lebensmittelunverträglichkeiten/Allergien (wenn ja, wie gesichert)?

Glutenunverträglichkeit ☐ Ja ☐ Nein

Zöliakie ☐ Ja ☐ Nein

Fructoseunverträglichkeit / Fruktoseintoleranz ☐ Ja ☐ Nein

Lactoseunverträglichkeit / Lactoseintoleranz ☐ Ja ☐ Nein

Histaminunverträglichkeit / Histaminintoleranz ☐ Ja ☐ Nein

andere Nahrungsmittel (z. B. Fisch, Zitrusfrüchte, Nüsse, Gewürze, Soja): ☐ Ja ☐ Nein

Nahrungsmittelzusatzstoffe (z. B. Sorbit, Konservierungsstoffe, Glutamat) ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es bestimmte Lebensmittel von denen Sie wissen oder vermuten dass sie Beschwerden auslösen können?

Vermeiden Sie Lebensmittel, wenn ja welche?

Treten die Beschwerden direkt nach der Nahrungsaufnahme auf oder wie lange später?

Ich bin _____ cm groß und _____ kg schwer

Haben Sie Gewicht ungewollt (ohne bewusste Diät) verloren?

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

Haben Sie einen starken Leistungsknick gemerkt

Sind Fieber oder Gelenkschmerzen aufgetreten

Kopfschmerzen ☐ Ja ☐ Nein _____

Kreislaufbeschwerden/Schwindel ☐ Ja ☐ Nein _____

Schwellungen in Mund/Nase/Rachenraum ☐ Ja ☐ Nein _____

Zungenbrennen/Schluckstörungen ☐ Ja ☐ Nein _____

Hustenreiz ☐ Ja ☐ Nein _____

Atemnot ☐ Ja ☐ Nein _____

Übelkeit ☐ Ja ☐ Nein _____

Bauchschmerzen/-krämpfe ☐ Ja ☐ Nein _____

Blähungen ☐ Ja ☐ Nein _____

Juckreiz ☐ Ja ☐ Nein _____

Hautrötungen (Gesicht / Hals / Stamm) ☐ Ja ☐ Nein _____

Nesselsucht / Urtikaria ☐ Ja ☐ Nein _____

allergischer Schock ☐ Ja ☐ Nein _____

Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung (ambulant/stationär)?

Haben Sie früher Psychopharmaka genommen, oder nehmen Sie aktuell welche ein, wenn ja, welche.

Vorerkrankungen

Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen bekannt? Wenn ja welche und seit wann?

Sind Sie operiert worden? Wenn ja was?

Gibt es in Ihrer Familie Magen- oder Darmkrebs?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche

Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Probiotika ein?

Welche davon haben geholfen?

Welche Maßnahmen werden/wurden sonst noch angewandt?

Welche davon helfen Ihnen?

Voruntersuchungen

Gibt es Voruntersuchungen (Blutuntersuchung, Stuhluntersuchung, Ultraschall/CT/MRI Untersuchungen, endoskopische Untersuchungen (Magen oder Darmspiegelung), Operationsberichte u.a.)? – Bitte an und senden oder bringen Sie unbedingt alle diese Unterlagen mit.

Welche? _____

Für Patientinnen:

Wann war die letzte frauenärztliche Untersuchung:

Bestehen frauenärztliche Erkrankungen (z.B. Endometriose)?

Treten die Beschwerden vorwiegend im Rahmen der Menstruation auf?

Nehmen Sie Hormonpräparate oder Verhütungsmittel (die „Pille“)?

Wie stark fühlten Sie sich im **Verlauf der letzten 4 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Bitte kreisen Sie die für Sie passende Antwort ein.)

	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	0	1	2
Rückenschmerzen	0	1	2
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	0	1	2
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation (nur Frauen)	0	1	2
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	0	1	2
Kopfschmerzen	0	1	2
Schmerzen im Brustbereich	0	1	2
Schwindel	0	1	2
Ohnmachtsanfälle	0	1	2
Herzklopfen oder Herzrasen	0	1	2
Kurzatmigkeit	0	1	2
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	0	1	2
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungs- beschwerden	0	1	2
Schwierigkeiten, ein- oder Durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2

Auswertung: Summe: _____

Gibt es weitere Informationen die sie mitteilen wollen?
