

ANAMNESEBOGEN DARM

Name, Geburtsdatum

Seite 1/2

[Redacted area for name and birth date]

Liebe Patientin, lieber Patient!
Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

Laktoseintoleranz ja nein
 erworben genetisch
 nicht bekannt

Fruktoseintoleranz ja nein
 erworben genetisch
 nicht bekannt

Echte Glutenunverträglichkeit
(Zöliakie, Sprue) Gliadin AK?
 ja nein

Wie gesichert?
.....
.....
.....
 nicht bekannt

Glucoseintoleranz
 ja nein
 nicht bekannt

Histaminintoleranz
 ja nein
 nicht bekannt

IgG4 / IgG - Unverträglichkeiten
 ja nein
 nicht bekannt

Andere bekannte Unverträglichkeiten
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nahrungsmittelallergien ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

nicht bekannt

Magenspiegelung ja nein
Zeitraum:

Befund:
.....
.....
.....

nicht bekannt

Darmspiegelung ja nein
Zeitraum:

Befund:
.....
.....
.....

nicht bekannt

Essen Sie alles? ja nein
Wenn nein, was essen Sie nicht?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Auslandsaufenthalte ja nein

.....
.....
.....

Bioresonanzbefunde ja nein

Zeitraum:
Befund:

.....
.....
.....

nicht bekannt

Stuhlanalysen ja nein

Zeitraum:
Befund:

.....
.....
.....

nicht bekannt

Andere Arten von Analysen
(Heilpraktiker / Osteopathen etc.)

ja nein

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNESEBOGEN DARM

Eigenanamnese

- Normalgeburt Kaiserschnitt
- Wurden Sie gestillt? ja nein
- Infektanfälligkeit
- Nasennebenhöhlenprobleme
- Blasenprobleme
- Asthma
- Heuschnupfen
- Hautprobleme
- Zahnfleisch
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen
- Schmerzen an Lendenwirbelsäule
- Migräne
- Mandelentzündungen
- Tinnitus
- Depression
- Schlafstörungen
- Erschöpfung
- Burn Out
- Krebs mit Chemo oder Bestrahlung
- Andere chronische Erkrankungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Symptome? ja nein Wenn ja, seit wann / wie stark?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Blähungen** ja nein
- morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Verstopfungen** ja nein
- Wenn ja, in welcher Häufigkeit?
-
-
-
-

- Durchfall** ja nein
- morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Übelkeit** ja nein
- morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Sodbrennen** ja nein
- morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Magenschmerzen / -krämpfe**
- ja nein
 - morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Darmkrämpfe** ja nein
- morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

- Andere Art von Bauchschmerzen**
- ja nein
 - morgens mittags abends
 - direkt nach dem Essen
 - kein zeitlicher Zusammenhang

Gab es einen Auslöser der Beschwerden?
Gerne alle Ideen, auch was Sie vermuten:

.....

.....

.....

.....

Was für Medikamente nehmen Sie?

.....

.....

.....

.....

Was für Therapien haben Sie schon gemacht?

.....

.....

.....

.....

Familienanamnese

Darmkrebs ja nein

Wenn ja, wer?

.....

.....

.....

.....

nicht bekannt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben:

Datum, Unterschrift

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!