

Unverträglichkeitsscheck

Name, Geburtsdatum

Seite 1/2

Liebe Patientin, lieber Patient!

Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

Fragen	Punkte	Anzahl
Gibt es Lebensmittel, auf deren Verzehr Sie mit körperlichen Symptomen wie Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung reagieren?	<input type="checkbox"/> ja eines 1 Pkt. <input type="checkbox"/> ja mehrere 2 Pkt. <input type="checkbox"/> nein 0 Pkt.	
Plagt Sie oft ein unwiderstehliches Verlangen nach einem der folgenden Lebensmittel: Schokolade, Milch, Brot, Kaffee, Cola	<input type="checkbox"/> falls ja 1,5 Pkt.	
Beschleunigt Sich Herzschlag plötzlich ohne Grund?	<input type="checkbox"/> gelegentlich 1 Pkt. <input type="checkbox"/> häufig 2 Pkt.	
Leiden Sie unter Müdigkeit	<input type="checkbox"/> selten 1 Pkt. <input type="checkbox"/> hin und wieder 2 Pkt. <input type="checkbox"/> oft 3 Pkt.	
Sind Ihre Fussknöchel / Fingergelenke / Teile Ihres Gesichtes geschwollen oder verdickt, ohne das eine rheumatische Erkrankung vorliegt?	<input type="checkbox"/> wenig 1 Pkt. <input type="checkbox"/> mässig 2 Pkt. <input type="checkbox"/> stark 3 Pkt.	
Haben Sie Übergewicht ?	<input type="checkbox"/> leicht 0,5 Pkt. <input type="checkbox"/> mässig 1 Pkt. <input type="checkbox"/> stark 2 Pkt.	
Liegt bei Ihnen ein der folgenden Erkrankungen vor? Reizdarm, Migräne, depressive Verstimmung, Asthma, Neurodermitis, Ekzeme, Nesselsucht, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> falls ja 1,5 Pkt.	
Haben Sie morgens Gelenkschmerzen, wenn Sie am Abend vorher Alkohol konsumiert haben?	<input type="checkbox"/> falls ja 3 Pkt.	

Treten bei Ihnen Schweißausbrüche auf, obwohl Sie weder körperlich sich anstrengen noch in den Wechseljahren sind?	<input type="checkbox"/> falls ja	2 Pkt.	
--	-----------------------------------	--------	--

Gesamtpunktzahl: _____



Auswertung:

0-6 Punkte
Intolerant unwahrscheinlich

7-9 Punkte
Ihr Körper beschwert sich

10 und mehr Punkte
Bitte Intoleranzen überprüfen