

Anamnesebogen

MAGEN-DARM-BESCHWERDEN

1. Wie lange haben Sie schon Beschwerden?

einige Tage einige Wochen einige Monate einige Jahre seit _____

Können Sie sich erinnern, dass Ihre Beschwerden nach einem Infekt eingetreten sind?

Ja Nein

Gibt es Vorerkrankungen, mit denen die Beschwerden einhergehen könnten?

Ja Nein

Operation am Magen-Darm-Trakt

Ja Nein

Ja Nein

Tumor, wenn ja, welcher: _____

einige andere Vorerkrankungen: _____

Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

Blähungen Verstopfung Bauchkrämpfe

Nachtschweiß Fieber Durchfall Sonstige: _____

Sofern Sie die Beschwerden schon seit Monaten/Jahren haben, konnten Sie noch weitere Veränderungen feststellen?

Kopfschmerzen Müdigkeit

Abgeschlagenheit Gewichtsverlust Sonstige: _____

Haben Sie merklich an Gewicht verloren?

Ja, ca. _____ kg Ihr aktuelles Gewicht _____ kg Ihre Größe _____ cm

2. Treffen Sie bitte Aussagen über Ihren Stuhlgang:

Frequenz: täglich (unauffällig) alle paar Tage wöchentlich (auffällig selten)

Konsistenz: normal schleimig zeitweise blutig

flüssig sehr fest

3. Waren Sie vor Kurzem im Ausland?

Nein Ja, in (z.B. Asien, Afrika): _____

4. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit chronischen Darmbeschwerden?

Nein Ja. Wenn ja, was ist bekannt?

chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn und Colitis ulcerosa)

5. Reagieren Sie mit Beschwerden auf bestimmte Lebensmittel/Inhaltsstoffe?

Weizen/Roggen/Getreide (z.B. Brot, Pizza, Nudeln) Nein Ja, seit: _____

Milch (z.B. Joghurt, Quark, Pudding, Käse) Nein Ja, seit: _____

Fruchtzucker (z.B. Obst) Nein Ja, seit: _____

Histamine (z.B. Fertiggerichte, geräuchertes Fleisch, Soja) Nein Ja, seit: _____

Ich bin allergisch auf: _____

Ernähren Sie sich gerade glutenfrei?

Nein

Ja

Ernähren Sie sich gerade mit einer speziellen Kost?

Nein

Ja _____

6. Ist einer der folgenden Befunde bei Ihnen festgestellt worden?

Anämie (Blutarmut)

Nein

Ja

Erhöhte Leberwerte

Nein

Ja

Osteoporose

Nein

Ja

Vitamin-D-Mangel

Nein

Ja

Vitamin-B12-Mangel

Nein

Ja

Schilddrüsenerkrankung (z.B. Hashimoto)

Nein

Ja

Typ-1-Diabetes

Nein

Ja

Eine andere Immunerkrankung (z.B. Rheuma):

Nein

Ja

7. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein (z.B. Immunsuppressiva)?

Nein

Ja, folgende: _____