

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Heutiges Datum** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**1. Welche Art von Magen-Darm-Beschwerden hat Sie zu uns geführt?**

---

---

**2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden ungefähr?**

seit \_\_\_\_\_ Tagen    seit \_\_\_\_\_ Wochen    seit etwa \_\_\_\_\_ Monaten

seit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr    seit \_\_\_\_\_ Jahren

**3. Wie oft am Tag oder in der Woche haben Sie Stuhlgang?**

---

**4. Haben Sie Beschwerden mit Verstopfung oder Durchfall?**

Verstopfung     Durchfall

**5. Wechseln sich Durchfall und Verstopfung ab?**

---

---

**6. Sind Ihnen schon einmal Blutbeimengungen im Stuhl aufgefallen? (Stuhl ist sehr schwarz)**

ja     nein

## 7. Wie würden Sie ihren Stuhl beschreiben?

Sind Ihnen schon einmal einige der folgenden Aspekte aufgefallen?

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| - Schleim ist beigemengt.   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Der Stuhl ...ist weich.   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - ...ist fester.  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - ...ist klumpig.   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - ...ist wässrig.   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - ...mal hell, mal dunkel   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Sie haben das Gefühl einer unvollständigen Entleerung beim Toilettengang? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Sie müssen manchmal sehr dringend zur Toilette?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| - Müssen Sie sich um Stuhlgang bemühen? Fühlt es sich an wie Verstopfung?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 8. Haben Sie außerdem öfter folgende Beschwerden?

- |                                      |                          |                            |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Oberbauchbeschwerden/ Krämpfe?       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Übelkeit?                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Aufgeblähter Bauch?                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blähbauch, vor allem nach dem Essen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Übelkeit, vor allem nach dem Essen?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erbrechen?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Weitere Beschwerden?                 |                          |                            |

---

---

---

## 9. Haben Sie Beschwerden außerhalb des Magen-Darm Bereiches?

- |                     |  |                            |
|---------------------|--|----------------------------|
| Migräne             | <input type="radio"/> ja, seit _____                       | <input type="radio"/> nein |
| Ekzeme auf der Haut | <input type="radio"/> ja, seit _____                       | <input type="radio"/> nein |
| Gelenkbeschwerden   | <input type="radio"/> ja, seit _____                       | <input type="radio"/> nein |
| Gewichtsverlust:    | <input type="radio"/> ja, _____ kg in _____ Wochen/Monaten | <input type="radio"/> nein |

**10. Fühlen Sie sich in der letzten Zeit oder schon seit längerem traurig oder niedergeschlagen? Wenn ja, haben Sie eine Erklärung dafür?**

---

---

---

---

---

**11. Sind Sie schnell unzufrieden mit sich selber? Oder würden Sie von sich behaupten, dass Sie ein eher fröhlicher, gelassener Mensch sind?**

---

---

---

---

---

**12. Verschlimmern sich Ihre Beschwerden in Stresssituationen?**

---

---

---

---

---

**13. Können Sie nachts gut schlafen, oder verschlimmern sich dann die Beschwerden?**

---

---

---

---

---

**14. Wurden bei Ihnen schon einmal folgende Untersuchungen durchgeführt?**

**Magenspiegelung:**    o ja    o nein

**Wenn ja:**                    **Wann?** \_\_\_\_\_

**Warum?** \_\_\_\_\_

**Darmspiegelung:**    o ja    o nein

**Wenn ja:**                    **Wann?** \_\_\_\_\_

**Warum?** \_\_\_\_\_

**Lactose- Belastungstest:**    o ja    o nein

Mit welcher Methode: \_\_\_\_\_ wann in etwa \_\_\_\_\_

**Fructose- Belastungstest:**    o ja    o nein

mit welcher Methode: \_\_\_\_\_ wann in etwa \_\_\_\_\_

**15. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Name

Stärke (z.B. 10 mg)

Welche Tageszeit?