Name, Vorname: Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn Sie seit über drei Monaten an Verdauungsbeschwerden leiden, bitten wir sie folgende Fragen zu beantworten, um ein Reizdarmsyndrom oder andere gastrointestinale Erkrankungen auszuschließen. Leiden Sie unter (bitte ankreuzen):

⃝ Bauchschmerzen ⃝ Bauchkrämpfen ⃝ Sodbrennen ⃝ Reizmagen ⃝ Völlegefühl

⃝ Blähungen ⃝ aufgetriebenem Bauch ⃝ Flatulenz ⃝ Schwierigkeiten beim Stuhlgang

Haben Sie eine spezielle Diät oder einseitige Ernährungsgewohnheiten?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Elternteile oder Geschwister ähnliche Beschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Verdauungsprobleme ein Thema in Ihrer Familie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer seelischen Erkrankung oder besonderem Stress im Alltag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen bereits eine klinische Diagnose gestellt worden, wie z.B. eine Colitis oder eine

Unverträglichkeit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal am Bauchraum operiert worden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie Auslandsaufenthalte mit Stuhlgangveränderungen, z.B. in den Tropen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geht es Ihnen nach dem Stuhlgang besser? ja / nein

Haben Sie beim Stuhlgang Spannungen, Schmerzen oder Krämpfe? ja / nein

Haben Sie Schleimauflagerungen auf dem Stuhl bemerkt? ja / nein

Haben Sie hellrotes Blut beim Stuhlgang bemerkt? ja / nein

Haben Sie schwarzen sogenannten Teerstuhl bemerkt? ja / nein

Haben Sie häufig Stuhldrang? ja / nein

Haben Sie heftige Darmtätigkeit mit lauten Darmgeräuschen und Rumoren? ja / nein

Haben sie öfters Durchfall, sogenannte Diarrhoe? ja / nein

Leiden Sie an Verstopfungen? ja / nein

Wechseln sich Ihre Symptome oder Ihre Stuhlkonsistenz häufiger? ja / nein

Haben Sie das Gefühl nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert zu sein, ja / nein

dass Stuhl im Enddarm verbleibt?

Haben Sie mindestens 4 x im Monat abnormale Stuhlgangveränderungen bemerkt? ja / nein

Wie häufig haben Sie Stuhlgang am Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie lange nach einer Mahlzeit setzten Ihre Symptome ein? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kommt der Stuhlgang zu bestimmten Zeiten am Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es spezielle Auslöser für Stuhldrang oder Stuhlgang? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Nahrungsmittelallergien bekannt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Konsistenzveränderung beschreiben? Kreuzen sie das Zutreffende bitte an:

⃝ kleine Schafsködel ⃝ kugelig ⃝ Ballen ⃝ geformt länglich ⃝ flockig ⃝ breiig ⃝ wässrig

schwarz ⃝ hell ⃝ gelb ⃝ unverdaute Nahrungsbestandteile ⃝

Besteht eine:

⃝ Laktoseintoleranz Datum und Untersuchung Diagnosesicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Fruktoseintoleranz Datum und Untersuchung Diagnosesicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Sorbit Unverträglichkeit Datum und Untersuchung Diagnosesicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Gluten Sensitivität Datum und Untersuchung Diagnosesicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ Histaminintoleranz Datum und Untersuchung Diagnosesicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist eine gynäkologische Erkrankung wie z.B. Endometriose / PCO- Syndrom bekannt? ja / nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum der letzten gynäkologische Untersuchung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde eine Vaginalsonographie beim Gynäkologen durchgeführt? ja / nein

Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde eine psychische Erkrankungen diagnostiziert? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind weiterführende Untersuchungen bereits durchgeführt worden, z.B. eine Magen– oder Darmspiegelung? Eine Ultraschalluntersuchung / Sonographie? Liegen Befunde vor?

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Untersuchung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Untersuchung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Untersuchung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_