



## Fragebogen zu Magen- und Darm

Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrem Termin mit oder senden Sie uns diesen vor Ihrem Termin per E-Mail über die **ABSCHICKEN-Schaltfläche** am Ende dieses Formulars.

<b>Vor- und Nachname:</b>	<b>Datum:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Anschrift:</b>	<b>Beruf:</b>

<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<b>Geburtsdatum</b>	
-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------	--

<b>Liegt eine ärztliche Diagnose vor?</b>	Ja	Nein
und zwar		
Wenn ja, von welchem Arzt?		

<b>Ist Ihr Blutbild in Ordnung?</b>	Ja	Nein
Falls nicht, welche Werte sind auffällig?		

<b>Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt?</b>	Ja	Nein
Wenn ja, wann und mit welchem Befund?		
	Divertikel	
	Tumor	
	Polypen	
Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?		
Wie häufig wurden diese entfernt?                      mal		

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder Magens bekannt?		Ja	Nein
Wenn ja, seit wann und welche?			
	Reizdarm	seit	
	Colitis ulcerosa	seit	
	Morbus Crohn	seit	
	Sodbrennen	seit	
	Magenschleimhautentzündung	seit	
	Magengeschwür	seit	
	Helicobacter pylorii	seit	

Welche Behandlung wird durchgeführt?		
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?	Ja	Nein

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?		Ja	Nein
Wenn ja, mit welcher Behandlung			
Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)?			

Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt?		Ja	Nein
Folgende Maßnahmen wurden durchgeführt			

Wie sind Sie zur Welt gekommen?	
Natürliche Geburt	Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?	Ja	Nein
Wenn ja, wie lange wurden Sie gestillt?		

Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie?				
Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?	nie	selten	häufig	immer
Infektionen				
Verstopfung				
Hämorrhoiden				
Durchfall				
Blähungen				
Völlegefühl (im Oberbauch/in der Magengegend)				
Völlegefühl (im Unterbauch/in der Nabelgegend)				
Appetitlosigkeit				
Übelkeit				
Erbrechen				
Aufstoßen				
Sodbrennen				
Bauchschmerzen				
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
Bauchkoliken				
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
Magengeräusche (Grummeln im Magen)				
Darmgeräusche (Darmkollern)				
Zungenbelag				
(Nächtliche) Muskelkrämpfe				
Konzentrationsstörungen				
Antriebslosigkeit				
Rastlosigkeit				
Unruhe				
Schwindel				
Tinnitus				
Seekrankheit				
Reiseübelkeit				

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?				
Beeinträchtigen die Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben sie zur Folge, dass sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können?				
Leiden Sie unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen?				
<b>Haben Sie öfter Brustschmerzen?</b>				
Nein	ja, beim Atmen bei Anstrengung;		nach dem Essen nach Ärger oder Zorn	

Andere Symptome	Ja	Nein
Haben Sie Einschlafprobleme?		
Haben Sie Durchschlafprobleme?		
Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach?		
Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen/ gerädert?		
Haben Sie Symptome wie nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol (Gefühl wie verkatert zu sein)?		
Vertragen Sie Alkohol?		
Fühlen Sie sich morgens wie benebelt?		
Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume?		
Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln?		
Treten grippale Infekte häufiger als 2x pro Jahr auf?		
Leiden Sie unter Herpes?		
Ist bei Ihnen schon einmal eine Gürtelrose aufgetreten?		
Waren Sie schon einmal von einer Borreliose-Infektion betroffen?		
Hatten Sie schon einmal Pfeiffersches Drüsenfieber? (Epstein-Barr-Virus)		

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?		
Stillen Sie?		
Nehmen Sie die Pille?		
Menstruationsbeschwerden		
Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation?		
Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z.B. Schmerzmittel) während der Menstruation?		
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?		
Sind Sie in der Menopause?		
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?		
Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte?		
Treten bei Ihnen Vaginalinfektionen/-pilze auf?		
Haben Sie Vaginalausfluss?		
Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf?		
Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion?		

Wie oft haben Sie Stuhlgang?				
	mehrmals täglich;	einmal täglich;	2-3 mal pro Woche;	einmal pro Woche
In welcher Form?	dünn-wässrig dünn geformt breiig harter Stuhl dunkle Kügelchen klebt an der Schüssel schlauchartig weich		Welche Farbe hat der Stuhl?	dunkelbraun hellbraun/lehmfarben gelblich/tonfarben grünlich grau rötlich schwarz
Enthält der Stuhl Beimengungen?	Schleim Blut Eiter unverdaute Speisen faserige Nahrungsbestandteile		Wie riecht der Stuhl meistens?	säuerlich nach Fisch faulig/übelriechend riecht kaum bzw. überhaupt nicht
Wann bekommen Sie Durchfälle?	bei Aufregung nach fettigem Essen nach Obst (-säften)		nach scharfen Gewürzen nach Milch (-produkten)	

Gasbildung/Windabgang			
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen?	ja nein	Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges?	ja nein
Können Sie die Gase entweichen lassen?	ja nein manchmal	Wie häufig haben Sie Windabgang?	weniger als 10 mal täglich 10-50 mal täglich dauernd
Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?	säuerlich nach Fisch faulig übelriechend geruchlos bzw. riechen kaum	Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?	nach dem Essen unabhängig vom Essen

Leiden Sie an bekannten Allergien (IgE-vermittelt)?
Birke, Erle, Hasel Beifuß Gräser
Sonstige:

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
Fruktose Laktose	Gluten Histamin
Sonstige:	

Wann _____ und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?
Atemtest IgG4-Test
Sonstige:

Ernährungsgewohnheiten: Wie häufig verzehren Sie...	nie	gelegentlich	täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate				
Obst (als Rohkost), frische Obstsäfte				
Gemüse (als Rohkost), frische Gemüsesäfte				
Gemüse (gekocht, gebraten, gedünstet o.ä.)				
Vollkornprodukte				
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse				
Frittiertes, Paniertes				
Wurst, Geräuchertes				
Fleisch				
Fisch				
Zucker, Süßigkeiten, Backwaren, zuckerhaltige Limonaden				
Fastfood				
Light-Produkte				
Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons				
Alkoholische Getränke				

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von	nie	selten	häufig	immer
Obst, Säften, Limonaden				
Milch (-produkten)				
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)				
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln				
Sekt, Rotwein				
Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami				
Hartkäse (Parmesan, Emmentaler...)				
Schokolade/Kakao				

Stress	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich überfordert?				
Können Sie sich entspannen?				
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und seelischen Faktoren bzw. stressigen Situationen?				

Weitere Störfaktoren	Ja	Nein
Haben Sie Haustiere?		
Waren Sie im Ausland?		
Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung (Ozon, Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?		
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums...)?		
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?		
Rauchen Sie?		

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Leiden Sie unter			
Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen		Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	
Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholprobleme)		Krebs, Krebsnachsorge	
Herz- Kreislaufproblemen		Arthrose, degenerativen Erkrankungen	
Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma		Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson	
Bluthochdruck		Neurodermitis	
Diabetes Typ I		Osteoporose	
Diabetes Typ II		Potenzproblemen	
Fettstoffwechselstörungen		Psoriasis (Schuppenflechte)	
Gicht		Schwermetallbelastung	
Kopfschmerzen, Migräne		Wurzelbehandelte Zähne	
Sehproblemen		Zähne mit Amalgamfüllungen	
Schilddrüsenproblemen		Zähne mit Goldfüllungen	

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Symptome oder Umstände nach denen nicht gefragt wurde?

## Ergänzende Informationen: Basiswerte

(Bitte eintragen falls die Werte bekannt sind, ansonsten frei lassen.)

Blutdruck	Gesamt-Cholesterin	HDL-Cholesterin	LDL-Cholesterin	Triglyceride
sys.	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)
diast.				

Homocystein	MCV	Harnsäure	Blutzucker	HbA1c
(in $\mu\text{mol/L}$ )	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)

Hämatokrit	Leberwerte:		GGT (Gamma-GT)
	AST (früher GOT)	ALT (früher GPT)	
(in %)	(in U/L)	(in U/L)	(in U/L)

Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	Körperfettanteil (%)	BMI (Body Mass Index)

Treiben Sie Sport?	Nein		
Ja, ich treibe Ausdauersport	Ja, ich betreibe Kraftsport		
Durchschnittlich	mal pro Woche	oder	Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr Ruhepuls?			
Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?			
Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend?	Ja	Nein	

## Wie lautet der Behandlungsauftrag an uns:



## Hinweise zum Datenschutz und zur Erklärung für den Patienten

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Therapieergänzungsprofils. Sie sind darüber informiert worden, dass die Apotheke keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für Sie ausschließlich beratend tätig ist.

Mit der freiwilligen Abgabe Ihrer vorstehenden Daten erteilen Sie gegenüber der FUSSCHULE WELS und ihren Mitarbeitern, die Einwilligung, die vorstehend angegebenen Daten zu erheben, zu speichern und zu verwenden (Datenverarbeitung). Die Datenverarbeitung darf nur dem Zweck dienen, das persönliche Therapieergänzungsprofil zu ermitteln. Für alle andere Zwecke der Datenverarbeitung gilt diese Einwilligung nicht.

Sie sind berechtigt, jederzeit den Widerruf Ihrer Einwilligung zu erklären. Der Widerruf kann per Email, Fax, schriftlich per Post oder mündlich erfolgen und ist an folgende Kontaktdaten zu richten:

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

---

Datum

---

Vor- und Nachname

Hier klicken für digitale Signatur (wenn vorhanden)

### **FUSSSCHULE Wels**

Puchberg 1, 4600 Wels  
Tel. +43(0) 7242-600 875  
Mail: [info@fusschule.at](mailto:info@fusschule.at)  
[www.fusschule.at](http://www.fusschule.at)

**FORMULAR ABSCHICKEN**