

<p>Dr. med. Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: info@ulrich-kraft.de www.ulrich-kraft.de</p>	
--	--

Erhebungsbogen - Kohlenhydrat-Unverträglichkeit

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin bei uns zu.

Patient	Zuname Vorname Geburtsdatum
Anschrift	Straße Hausnummer Postleitzahl Ort
	Telefon E-Mail-Adresse Fax:
Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern	Mutter
	Zuname Vorname Geburtsdatum
	Beruf
	Vater
Zuname Vorname Geburtsdatum	
Beruf	
Tätigkeiten Bitte ausführlich beschreiben	

**Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau.
 Unklare Fragen können auch noch in der Praxis besprochen werden.
 Folgende Antwortmöglichkeiten sind für die Bewertung der Beschwerden vorgesehen:
 1 = keine Beschwerden
 2 = geringe Beschwerden
 3 = starke Beschwerden**

ALLGEMEIN			
Sind bei Ihnen entzündliche Darmerkrankungen bekannt?	Ja	Nein	
Morbus Crohn	Ja		
Colitis ulcerosa	Ja		
Andere	Ja		
Leiden Sie an einer Allergie	Ja	Nein	
Pollenallergie (Bäume / Gräser)	Ja		
Hausstaub	Ja		
Nahrungsmittel	Ja		
Tiere	Ja		
Sind in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?			
Appetitlosigkeit	1	2	3
Sodbrennen	1	2	3
Blähungen	1	2	3
Magenschmerzen und -krämpfe	1	2	3
Verstopfung	1	2	3
Durchfall	1	2	3
Übelkeit	1	2	3
Erbrechen	1	2	3
Beeinträchtigen Sie diese Beschwerden beim Essen?	Ja	Nein	
Beeinträchtigen Sie diese Beschwerden bei körperlichen Aktivitäten?	Ja	Nein	
Beeinträchtigen diese Beschwerden Ihre sozialen Aktivitäten?	Ja	Nein	
Müssen Sie öfter Erbrechen oder leiden Sie unter starker Übelkeit?	Ja	Nein	
Müssen Sie oft aufstoßen?	Ja	Nein	
Sodbrennen?	Ja	Nein	
Übelkeit nach dem Essen?	Ja	Nein	
Häufige Bauchschmerzen?	Ja	Nein	
Wann treten die Bauchschmerzen vor allem auf?			
<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Tagsüber <input type="checkbox"/> Nachts <input type="checkbox"/> Nüchtern, vor den Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Beim Essen			

Wann treten die Schmerzen in zeitlichem Zusammenhang zum Essen auf?

- sofort
- nach 20 Minuten
- nach 1 Stunde

Wie sind die Bauchschmerzen?

- dumpfe, diffuse Schmerzen
- drückende Schmerzen
- dumpfe Schmerzen, Besserung durch Druck
- dumpfe Schmerzen, Verstärkung durch Druck
- brennende Schmerzen
- kolikartige Schmerzen
- stechende Schmerzen

Völlegefühl?

Ja

Nein

Magengeräusche?

Ja

Nein

Darmgeräusche?

Ja

Nein

STUHLGANG**Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- 2-3 mal pro Woche
- einmal pro Woche

In welcher Form?

- dünn wässrig
- breiig
- harter Stuhl
- wie Schafskot (dunkle Kügelchen)
- klebt an der Schüssel
- dünn geformt
- schlauchartig weich

Welche Farbe hat der Stuhl?

- dunkelbraun
- hellbraun (lehmfarben)
- gelblich
- grünlich
- grau
- rötlich
- schwarz

Wann tritt Durchfall auf?

- bei Aufregung
- nach fettem Essen
- nach Obstsäften
- nach scharfen Gewürzen
- nach Milchprodukten

Besonderheiten am Stuhl, zum Beispiel Beimengungen

- Schleim
- Blut
- unverdaute Speisen
- faserige Nahrungsbestandteile
- Eiter

Geruch des Stuhls?

- säuerlich
- wie Fisch
- übel riechend
- riecht kaum

Verswinden Bauchschmerzen nach dem Stuhlgang?

- ja
- nein

Erfolgt der Stuhlgang unmittelbar nach dem Essen?

- sofort
- 30-60 Minuten danach
- nie

GASBILDUNG / METEORISMUS

Ist Ihr Bauch unmittelbar nach dem Essen verstärkt gebläht?

Ja

Nein

Nimmt Ihr Bauchumfang im Laufe des Tages zu?

Wie oft bemerken Sie Windabgang?

- weniger als 10x täglich
- 10-50 x am Tag
- dauernd

Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?

- übel riechend
- faulig
- säuerlich
- wie Fisch
- geruchlos

Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?

- nach dem Essen
- unabhängig vom Essen

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Frische Salate und Rohkost

Viel

Wenig

Selten

Obst, frische Obstsäfte

Viel

Wenig

Selten

Gemüse, Gemüsesäfte

Viel

Wenig

Selten

Vollkornprodukte

Viel

Wenig

Selten

Frischmilchprodukte

Viel

Wenig

Selten

Fleisch

Viel

Wenig

Selten

Fisch

Viel

Wenig

Selten

Frittierte und panierte Speisen

Viel

Wenig

Selten

Limonaden	Viel	Wenig	Selten
Light-Produkte	Viel	Wenig	Selten
Süßigkeiten	Viel	Wenig	Selten
Diabetikerprodukte	Viel	Wenig	Selten
Zuckeraustauschstoffe	Viel	Wenig	Selten
Zuckerfreie Kaugummis und Bonbons	Viel	Wenig	Selten

OBST – SÄFTE – LIMONADEN			
Welche Beschwerden treten auf?			
Keine Beschwerden			
Bauchschmerzen	1	2	3
Blähungen	1	2	3
Darmkrämpfe	1	2	3
Breiiger Stuhl	1	2	3
Durchfall	1	2	3
Saures Aufstoßen, Reflux	1	2	3
Magenschmerzen	1	2	3
Depression	1	2	3
Stimmungsschwankungen	1	2	3

MILCHPRODUKTE			
Welche Beschwerden treten auf?			
Keine Beschwerden			
Bauchschmerzen	1	2	3
Blähungen	1	2	3
Darmkrämpfe	1	2	3
Breiiger Stuhl	1	2	3
Starker Durchfall	1	2	3
Hat einer Ihrer Familienmitglieder eine Milchzuckerunverträglichkeit?	Ja		Nein
Treten bei Ihnen Hautveränderungen nach Kuhmilch auf?	Ja		Nein
Ausschlag	1	2	3
Juckreiz	1	2	3
Rötung			
Gibt es Wochen, in denen Sie Milch ohne Beschwerden vertragen können?	Ja		Nein

ZUCKERAUSTAUSCHSTOFFE – SÜßUNGSMITTEL			
Welche Beschwerden treten auf?			
Keine Beschwerden			
Bauchschmerzen	1	2	3
Breiiger Stuhl	1	2	3

Durchfall	1	2	3
-----------	---	---	---

HISTAMINHALTIGE NAHRUNGSMITTEL

Vor allem Hartkäse wie zum Beispiel Emmentaler, Rotwein, Thunfisch aus Dosen, Sauerkraut, Salami usw.

Welche Beschwerden treten auf?

Keine Beschwerden			
Bauchschmerzen	1	2	3
Breiiger Stuhl	1	2	3
Durchfall	1	2	3
Blutdruckabfall	1	2	3
Herzrasen	1	2	3
Hautrötung	1	2	3
Nesselsucht	1	2	3
Kopfschmerzen und Migräne	1	2	3
Fließschnupfen	1	2	3
Atembeschwerden	1	2	3

GETREIDE – GETREIDEPRODUKTE

Welche Beschwerden treten auf?

Keine Beschwerden			
Bauchschmerzen	1	2	3
Blähungen	1	2	3
Hautprobleme	1	2	3
Energieverlust	1	2	3
Knochenschmerzen	1	2	3
Gewichtsverlust	1	2	3

STRESS

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Beschwerden und Stress-Situationen beziehungsweise seelischen Belastungen?	Ja	Nein
--	----	------

HAUSTIERE

Haben Sie Haustiere?	Ja	Nein
Werden diese Tiere regelmäßig entwurmt?	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland?	Ja	Nein

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Datum: