

Patientenfragebogen

Anamnese/Beschwerden/Nahrungsintoleranzen

Vorname, Name: _____

Gewicht: _____

Rauchwaren:

nie

gelegentlich

täglich

Menge Zigaretten: _____ /Tag

Geburtsdatum: _____

Grösse: _____

Alkoholkonsum:

weniger als 1/Woche

mehrmals/Woche

Wein Bier Spirituosen

Bisherige Abklärungen

	Ja	Nein	Auslöser/Kommentare
Allergieteste durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutteste und/oder <input type="checkbox"/> Hautteste
Zöliakie/Glutenteste durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemteste auf Intoleranzen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Magenspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
Dickdarmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
Bauchultraschall/CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?

Leiden Sie in den letzten 6 Monaten häufig unter?

<i>Bitte Zutreffendes umkreisen</i>	Ja	Nein	Auslöser/Kommentare
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ekzemen/Hautausschlägen/Gesichtsrötung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautjucken/Nesselsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stirnhöhlenentzündungen/laufender Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronischem Husten/Asthma/Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blähungen/vermehrten Gase (störend)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhl flüssig / breiig? Mal pro Tag
Bauchkrämpfen/-schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlgänge pro Woche?
Übelkeit/Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflux/saurem Aufstossen/Sodbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anschwellen von Lippen/Zunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bläschen/Geschwüre/Aphthen im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auslöser?
Gelenkentzündungen/-schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müdigkeit/Erschöpfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depression/Depressiver Verstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrationsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unregelmässigem Herzschlag/Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen bei Geschlechtsverkehr (Damen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wann haben die Hauptbeschwerden begonnen?

Nahrungsmittel: Vermutete Unverträglichkeit(en) von:

Milch Eier Erdnüsse Baumnüsse Weizen Soja Fisch Meeresfrüchte Karotte Apfel
 Knoblauch Zwiebeln Hülsenfrüchte Wein

Weitere/Welche Beschwerden?:

Welche Nahrungsmittel haben Sie bereits selber weggelassen?

Milchprodukte Laktose Gluten Fructose alle FODMAPs

Weitere:

Wirkung?

	Ja	Nein	
Essen Sie vegetarisch oder vegan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan
Essen Sie zuckerfreien Kaugummi/Süssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl pro Tag: _____ oder pro Woche: _____
Müssen Sie oft plötzlich während des Essens zur Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie sich häufig vergewissern wo das nächste WC ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Stuhl unkontrolliert verloren (Stuhlinkontinenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medikamentenallergien

Aspirin Lokalen Betäubungsmittel Nicht-steroidalen Schmerzmittel Antibiotika

Welche anderen Medikamente vertragen Sie nicht?

Welche Beschwerden bekommen Sie?

Umwelt – Leiden Sie an?

	Ja	Nein	
Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Pflanzen?
Tierhaarallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Bienen- oder Wespenstichallergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien auf Kosmetika/Shampoos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien auf Haushalts/-putzmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien auf Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hausstaub-Milbenallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien bei Berührung von Pflanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Nickelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Andere bekannte Allergien, Beobachtungen und Kommentare?

Krankheiten in der Kindheit

	Ja	Nein	
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ekzeme/Hautausschläge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfälle/Bauchkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie als Kind häufig Antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestanden Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Milcheiweiss <input type="checkbox"/> Erdnuss

Familiengeschichte: Hat jemand in Ihrer nahen Familie?:

	Ja	Nein	
Darmkrebs/Darmpolypen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer?
Durchfälle/Bauchkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittelenverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?

Medikamente: Nehmen Sie ein?:

	Ja	Nein	
Antihistaminica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lactasepräparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probiotica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Daosin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nalcrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?

Klassifizierung Ihrer Magen-Darm Beschwerden (Rom 4 Kriterien)

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten, während mindestens 3 Monaten:

	Ja	Nein
1. Schmerzen im Bauch mindestens 1x pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Damen: nur während der Mens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Beeinflusst bei Stuhlgang (entweder mehr oder weniger Schmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. >25% von Stuhlgängen sind hart, <25% sind breiig/flüssig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. >25% von Stuhlgängen sind breiig/flüssig, <25% sind hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. >25% von Stuhlgängen sind hart und >25% sind breiig/flüssig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Punkt 1 (oben) trifft zu und der Stuhlgang ist klar abnormal, aber nicht wie in Punkte 2-4 (oben) beschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bei >25% von Stuhlgängen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Müssen Sie stark pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fühlen Sie sich nicht vollständig entleert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ein Gefühl der Blockierung bei der Stuhlentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müssen Sie bei der Stuhlentleerung mit dem Finger in/neben dem After nachhelfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <3x pro Woche Stuhlgang ohne Abführmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Blähungen oder aufgetriebener Bauch >1x pro Woche ist Hauptproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Störendes Völlegefühl oder schnelle Sättigung nach normal großer Mahlzeit, mind. 3x pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schmerzen oder Brennen im Oberbauch mindestens 1x pro Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nehmen Sie Morphin-ähnliche Schmerzmittel (Opiate) regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für ein umfassendes Bild Ihrer Gesundheit benötige ich noch Infos zu Ihrer Gelenkbeweglichkeit.

Beighton Score beurteilt die Gelenkbeweglichkeit (siehe Schema nächste Seite)

Beweglichkeitstest	Auswertung	Punkte (jede Reihe)
Kleiner Finger, passive Extension über 90 Grad (Abb. 1)	Jeweils 1 Punkt rechts und links	
Ellenbogen, Überstreckung mehr als 10 Grad (Abb. 2)	Jeweils 1 Punkt rechts und links	
Daumen, passive Bewegung bis Unterarm (Abb. 3)	Jeweils 1 Punkt rechts und links	
Kniegelenke, Überstreckung mehr als 10 Grad (Abb. 4)	Jeweils 1 Punkt rechts und links	
Flexion der Wirbelsäule, Patient kann beide Handflächen bei gestreckten Knien ablegen (Abb. 5)	1 Punkt	
<i>Total Punkte (positiv >4 Kinder, >3 unter 50J, >2 über 50J)</i>		



Danke für das vollständige Ausfüllen, damit ich mir ein ganzheitliches Bild Ihrer Symptome machen kann.
Rücksendung bitte an: ggp@hin.ch oder abgeben bei der Gastroenterologischen Gruppenpraxis,
Bubenbergplatz 11 (3. OG), 3011 Bern.