

<p>Dr. med. Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: <a href="mailto:info@ulrich-kraft.de">info@ulrich-kraft.de</a> <a href="http://www.ulrich-kraft.de">www.ulrich-kraft.de</a></p>	
--	--

## Erhebungsbogen - Histamin-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.

<b>Patient</b>	Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	Straße                      Hausnummer                      Postleitzahl Ort
	Telefon                                      E-Mail-Adresse                                      Fax:
<b>Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern</b>	<b>Mutter</b>
	Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum
	Beruf
	<b>Vater</b>
	Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum
	Beruf
<b>Tätigkeiten</b> 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**

**STÄNDIGE BESCHWERDEN**

**Die Beschwerden bestehen seit**

- über einem Monat
- seit etwa 2 Monaten
- seit über ½ Jahr
- seit mehr als 1 Jahr
- seit frühester Kindheit

**Beschwerdehäufigkeit**

- gelegentlich
- mindestens 1 x wöchentlich
- täglich

Bauchschmerzen	1	2	3
Koliken	1	2	3
Blähungen und Darmgeräusche	1	2	3
Durchfall	1	2	3
Hautausschläge / Ekzeme	1	2	3
Juckreiz	1	2	3
Fließschnupfen und Niesen	1	2	3
Juckreiz der Augen	1	2	3
Schwindel	1	2	3
Übelkeit	1	2	3
Schwäche und Müdigkeit	1	2	3
Kopfschmerzen	1	2	3
Migräne	1	2	3
Andere Beschwerden:	1	2	3

**Bei welchen Nahrungsmitteln haben Sie Beschwerden?**

Rotwein	Ja
Sekt	Ja
Andere Alkoholika	Ja

Hartkäse	Ja
Fisch und Fischprodukte	Ja
Meeresfrüchte	Ja
Sauerkraut	Ja
Nüsse	Ja
Ananas	Ja
Bananen	Ja
Erdbeeren	Ja
Obstsaft	Ja
Tomaten	Ja
Spinat	Ja
Auberginen	Ja
Fertigprodukte, wie z.B. Pizza	Ja
Salami	Ja
Schokolade	Ja
Zitrusfrüchte	Ja
Essig	Ja
Glutamat (China-Restaurant-Syndrom)	Ja
Andere:	Ja

### ALLGEMEINE FRAGEN

<b>Leiden Sie unter chronischen Darmerkrankungen?</b>	Ja	Nein	
Colitis ulcerosa	Ja		
Andere	Ja		
<b>Leiden Sie an einer Allergie</b>	Ja	Nein	
Pollenallergie (Bäume / Gräser)	Ja		
Hausstaub	Ja		
Nahrungsmittel	Ja		
Tiere	Ja		
<b>Sind in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?</b>			
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
<b>Müssen Sie oft aufstoßen?</b>	Ja		Nein
<b>Sodbrennen?</b>	Ja		Nein
<b>Übelkeit nach dem Essen?</b>	Ja		Nein
<b>Häufige Bauchschmerzen?</b>	Ja		Nein
<b>Wann treten die Bauchschmerzen vor allem auf?</b>			
<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Tagsüber <input type="checkbox"/> Nachts <input type="checkbox"/> Nüchtern, vor den Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Beim Essen			
<b>Wann treten die Schmerzen in zeitlichem Zusammenhang zum Essen auf?</b>			
<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> nach 20 Minuten <input type="checkbox"/> nach 1 Stunde			
<b>Wie sind die Bauchschmerzen?</b>			
<input type="checkbox"/> dumpfe, diffuse Schmerzen <input type="checkbox"/> drückende Schmerzen <input type="checkbox"/> dumpfe Schmerzen, Besserung durch Druck <input type="checkbox"/> dumpfe Schmerzen, Verstärkung durch Druck <input type="checkbox"/> brennende Schmerzen <input type="checkbox"/> kolikartige Schmerzen <input type="checkbox"/> stechende Schmerzen			
<b>Völlegefühl?</b>	Ja		Nein
<b>Magengeräusche?</b>	Ja		Nein
<b>Darmgeräusche?</b>	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

**Verschwinden 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
<b>Hat einer Ihrer Familienmitglieder eine Milchzuckerunverträglichkeit?</b>	Ja		Nein
<b>Treten bei Ihnen Hautveränderungen nach Kuhmilch auf?</b>	Ja		Nein
Ausschlag	1	2	3
Juckreiz	1	2	3
Rötung			
<b>Gibt es Wochen, in denen Sie Milch ohne Beschwerden vertragen können?</b>	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: