

| | |
|--|--|
| <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: