

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

## Erhebungsbogen – Glutenunverträglichkeit

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>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Zuname</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> </tr> </table>	Zuname	Vorname	Geburtsdatum			
Zuname	Vorname	Geburtsdatum					
<b>Anschrift</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Straße</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Hausnummer</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Postleitzahl Ort</td> </tr> </table>	Straße	Hausnummer	Postleitzahl Ort			
	Straße	Hausnummer	Postleitzahl Ort				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Telefon</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">E-Mail-Adresse</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Fax:</td> </tr> </table>	Telefon	E-Mail-Adresse	Fax:				
Telefon	E-Mail-Adresse	Fax:					
<b>Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern</b>	<b>Mutter</b>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Zuname</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Beruf</td> </tr> </table>	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Beruf		
	Zuname	Vorname	Geburtsdatum				
	Beruf						
<b>Vater</b>							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Zuname</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Beruf</td> </tr> </table>	Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Beruf			
Zuname	Vorname	Geburtsdatum					
Beruf							

**BESCHREIBEN SIE BITTE IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN:**

**ALLGEMEIN**

<b>Sind bei Ihnen entzündliche Darmerkrankungen bekannt?</b>	Ja	Nein
Morbus Crohn	Ja	
Colitis ulcerosa	Ja	
Andere	Ja	
<b>Leiden Sie an einer Allergie</b>	Ja	Nein
Pollenallergie (Bäume / Gräser)	Ja	
Hausstaub	Ja	
Nahrungsmittel	Ja	
Tiere	Ja	

**FRAGEN ZUR BABY-, KINDER- UND JUGENDZEIT**

<b>Sind Sie gestillt worden?</b>	Ja	Nein
<b>Gab es Probleme bei der Umstellung von Muttermilch aus handelsübliche Babynahrung?</b>	Ja	Nein
<b>War Vollkornbrot bereits im Babyalter Nahrungsbestandteil?</b>	Ja	Nein
<b>Hohe Infektanfälligkeit als Baby und Kleinkind?</b>	Ja	Nein
<b>Tonsillektomie? Mandeloperation?</b>	Ja	Nein
<b>Adenotomie? Polypenoperation?</b>	Ja	Nein
<b>Asthma bronchiale?</b>	Ja	Nein
<b>Durchfälle auf bestimmte Nahrungsmittel?</b>	Ja	Nein
<b>Durchfälle über längere Zeit?</b>	Ja	Nein
<b>Entzündungen der Magenschleimhaut?</b>	Ja	Nein
<b>Gehäuft Blaseninfektionen?</b>	Ja	Nein
<b>Magen-Darm-Probleme</b>	Ja	Nein
<b>Traten bereits Hautausschläge wie bei Neurodermitis auf?</b>	Ja	Nein
<b>Traten in den ersten Lebensjahren bereits Allergien auf?</b>	Ja	Nein

**HATTEN SIE OPERATIONEN**

<input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Gebärmutter/Eierstöcke <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Schilddrüse
---

**BESTEHEN STOFFWECHSELSTÖRUNGEN**

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure oder Gicht <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung <input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte <input type="checkbox"/> Andere
---

<b>MAGEN</b>		
Sodbrennen	Ja	Nein
Schmerzen	Ja	Nein
Magengeschwüre	Ja	Nein
Empfindlichkeiten	Ja	Nein
Übelkeit	Ja	Nein

<b>DARM</b>		
Bauchschmerzen	Ja	Nein
Blähungen	Ja	Nein

<b>STUHLGANG</b>		
<b>Wie oft haben Sie Stuhlgang?</b>		
<input type="checkbox"/> mehrmals täglich		
<input type="checkbox"/> einmal täglich		
<input type="checkbox"/> 2-3 x pro Woche		
<input type="checkbox"/> einmal pro Woche		

<b>HARNWEGE</b>		
<b>Blaseninfektionen?</b>		
<input type="checkbox"/> häufig		
<input type="checkbox"/> selten		
<input type="checkbox"/> nie		

<b>ATEMWEGE</b>		
Häufig Infekte der Atemwege	Ja	Nein
Ständiger Husten	Ja	Nein
Asthma bronchiale	Ja	Nein
Nasennebenhöhlenentzündungen	Ja	Nein

<b>HERZ UND KREISLAUF</b>		
Atemnot	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen	Ja	Nein
Bluthochdruck	Ja	Nein
Wassereinlagerungen / Ödeme	Ja	Nein
Venenleiden	Ja	Nein

<b>GYNÄKOLOGISCHE BESCHWERDEN</b>		
Zyklusstörungen	Ja	Nein
Prämenstruelles Syndrom? PMS?	Ja	Nein
Geburten	Ja	Nein
Fehlgeburten	Ja	Nein
Klimakterium	Ja	Nein

**NERVENSYSTEM**

<b>Kopfschmerzen</b>	Ja	Nein
<b>Migräne</b>	Ja	Nein
<b>Chronische Müdigkeit</b>	Ja	Nein
<b>Schlafstörungen</b>	Ja	Nein
<b>Konzentrationsstörungen</b>	Ja	Nein
<b>Nervosität</b>	Ja	Nein
<b>Stimmungsschwankungen</b>	Ja	Nein

**GELENKE UND KNOCHEN****Schmerzen:**

- Wirbelsäule
- Gelenke
- Knochen
- Hände
- Füße
- Hüftgelenke
- Kniegelenke

**ALLERGIEN**

<b>Bestehen Allergien?</b>	Ja	Nein
<b>Wenn ja, welche:</b>		

**HAUTKRANKHEITEN**

<b>Bestehen Hautkrankheiten?</b>	Ja	Nein
<b>Wenn ja, welche:</b>		

<b>ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN</b>		
<b>Essen Sie regelmäßig?</b>	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> 1. Frühstück <input type="checkbox"/> 2. Frühstück <input type="checkbox"/> Mittagessen <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit nachmittags <input type="checkbox"/> Abendessen		
<b>Besteht eine Unverträglichkeit auf Milchzucker (Laktose?)</b>	Ja	Nein
<b>Besteht eine Unverträglichkeit auf Fruchtzucker (Fruktose) ?</b>	Ja	Nein
<b>Essen Sie Vollkornprodukte?</b>	Ja	Nein
<b>Vertragen Sie Vollkornprodukte?</b>	Ja	Nein
<b>Meiden Sie bestimmte Nahrungsmittel? Welche?</b>	Ja	Nein
<b>Achten Sie auf Glutenangaben auf den Nahrungsmitteln?</b>	Ja	Nein
<b>Frühstück</b> <input type="checkbox"/> Müsli <input type="checkbox"/> Vollkornprodukte: Brot und Brötchen <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte: Brot und Brötchen <input type="checkbox"/> Cerealien		
<b>Mittagessen</b> <input type="checkbox"/> Teigwaren: Nudeln, Lasagne, Spaghetti usw. <input type="checkbox"/> Kartoffeln <input type="checkbox"/> Vollkornprodukte: Brot und Brötchen <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte: Brot und Brötchen		
<b>Abendessen</b> <input type="checkbox"/> Teigwaren: Nudeln, Lasagne, Spaghetti usw. <input type="checkbox"/> Kartoffeln <input type="checkbox"/> Vollkornprodukte: Brot und Brötchen <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte: Brot und Brötchen		
<b>Getränke</b> <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Milch <input type="checkbox"/> Tee <input type="checkbox"/> Obstsäfte und -schorlen <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein		

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Datum: