

Anamnesebogen Reizdarm Praxis

Stammdaten

Name: _____ Geburtstag: _____

Körperdaten

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Wunschgewicht (kg): _____

Taille (cm): _____ Hüfte (kg): _____ Blutgruppe: _____

Themen & Timeline?

Welche Ziele verfolgst du mit der Behandlung?

Verdauungsbeschwerden?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blähungen normal | <input type="checkbox"/> Farbe verändert? | <input type="checkbox"/> Candida |
| <input type="checkbox"/> Blähungen stinkend | <input type="checkbox"/> Rückstände im Stuhl | <input type="checkbox"/> Clostridium diff. |
| <input type="checkbox"/> Blähbauch | <input type="checkbox"/> Durchfall wässrig | <input type="checkbox"/> Blastocystus hom. |
| <input type="checkbox"/> Meteorismen | <input type="checkbox"/> Weicher Stuhl | <input type="checkbox"/> Parasiten |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Lebensmittelkeime |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Wechselnder Stuhl | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Leaky Gut (Zonulin ↑) |
| <input type="checkbox"/> Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> Fett-/Schmierstuhl. | <input type="checkbox"/> CED |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Träge Motilität | <input type="checkbox"/> Gallensäureverlust |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang wie oft? | <input type="checkbox"/> Natrontest: normal | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Gefühl gut entleert? | <input type="checkbox"/> Natrontest wenig | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung? |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Natrontest: viel | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung? |

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

- Glutenunverträglichkeit (Wie getestet?)
- Zöliakie
- Laktoseintoleranz (Wie getestet?)
- Fructoseintoleranz (Wie getestet?)

- Sorbitintoleranz (Wie getestet?)
- Histamin-Intoleranz (Wie getestet?)
- MCAS (Wie getestet?)
- Salicylatintoleranz (Wie getestet?)
- SIBO H2 / CH4 / H2S

Vegetarier Veganer Seit wann? _____

Ernährungsanamnese

Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Typisches Frühstück: _____

Typisches Mittagessen: _____

Typisches Abendessen: _____

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art): _____

Typisches Trinkverhalten (was, wann, wieviel): _____

Alkohol/Zigaretten/Drogen (was, wieviel, wann): _____

Medikamente & NEM: _____

Kopf-bis-Fuß-Anamnese

Immunsystem/Infektanfälligkeit: _____

Herpes, Aphten, EBV, Herpes Zoster: _____

Kopfschmerzen/Migräne: _____

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen: _____

Gehirn/Nerven/Sinnesorgane: _____

Haut/Haare/Nägel: _____

Bewegungsapparat: _____

Herz-Kreislauf-System, RR: _____

Atmungssystem: _____

Harnableitendes System/Blase/Niere: _____

Einlagerungen, Ödeme: _____

Absonderungen, Schweiß, Sekrete: _____

Schilddrüse, Hashimoto: _____

Gyn / Geschlechtsorgane: _____

Hormonsystem: _____

Schlaf: _____

Psyche: _____

Unfälle/Operationen: _____

Angeborene Fehlbildungen: _____

Impfstatus: _____

Erbliche Vorbelastungen: _____

Wichtiges aus Vorbefunden:

Sonstige Bemerkungen:
