

FRAGEBOGEN ZUR DARMGESUNDHEIT

Name: _____

Datum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Symptome	ja	nein
Ich leide unter Blähungen.	☐	☐
Ich habe Blähungen unabhängig von dem was ich esse.	☐	☐
Ich habe unregelmäßigen Stuhlgang.	☐	☐
Ich habe Verstopfung und Durchfall im Wechsel.	☐	☐
Ich habe Schmerzen im Unterbauch.	☐	☐
Mein Stuhl ist ungeformt (breiig, dünnflüssig)	☐	☐
Beim Stuhlgang muss ich stark pressen.	☐	☐
Ich leide unter Hämorrhoiden.	☐	☐
Ich habe eine belegte Zunge (gelb oder weiß).	☐	☐
Ich leide unter Magenschmerzen / -druck.	☐	☐
Ich muss dauerhaft Medikamente einnehmen *	☐	☐
Mein Stuhl riecht sehr stark.	☐	☐
Mein Stuhl glänzt.	☐	☐
Mein Stuhl hat eine helle, gelbliche Farbe.	☐	☐
Ich leide unter Mundgeruch.	☐	☐
Ich habe viel Stress.	☐	☐
In letzter Zeit war ich häufiger krank.	☐	☐
In den letzten 6 Monaten musste ich Antibiotika einnehmen.	☐	☐
Ich leide unter Völlegefühl.	☐	☐
Ich esse ballaststoffreich (Vollkorn, Gemüse,...)	☐	☐
Ich habe bekannte Darmerkrankungen / Ich wurde am Darm operiert.	☐	☐
Ich leide unter Allergien, Hauterkrankungen.	☐	☐
Ich hatte schon einen Stuhltest / endoskopische Untersuchung des Darms **	☐	☐

* Wenn ja, bitte Medikamentenplan zum Termin mitbringen.

** Wenn ja, bitte Befund zum Termin mitbringen.