



Fragebogen zu unklaren Magen- und Darmbeschwerden

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu ihrem ersten Apothekenbesuch mit.

Name, Vorname:	Datum:
Email:	Telefonnummer:
Anschrift:	Beruf:

Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	Geburtsdatum	
-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------	--

Liegt eine ärztliche Diagnose vor?	Nein ☐
Ja ☐ und zwar	
Wenn ja, von welchem Arzt?	

Ist Ihr Blutbild in Ordnung?	Ja ☐	Nein ☐
Falls nicht, welche Werte sind auffällig?		

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, wann und mit welchem Befund?		
☐	Divertikel	
☐	Tumor	
☐	Polypen	
Falls Polypen gefunden wurden, wie viele?		
Wie häufig wurden diese entfernt? mal		

Sind bereits Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?		Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, seit wann und welche?			
☐	Reizdarm	seit	
☐	Colitis ulcerosa	seit	
☐	Morbus Crohn	seit	
☐	Sodbrennen	seit	
☐	Magenschleimhautentzündung	seit	
☐	Magengeschwür	seit	
☐	Helicobacter pylorii	seit	

Welche Behandlung wird durchgeführt?	
Nehmen Sie Protonenpumpenhemmer (Medikamente zur Reduzierung der Magensäureproduktion) ein?	
Ja ☐	Nein ☐

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?	
Ja ☐ und zwar	Nein ☐
Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)?	

Wurden bereits naturheilkundliche Maßnahmen durchgeführt?	
Ja ☐ und zwar	Nein ☐

Wie sind Sie zur Welt gekommen?	
Natürliche Geburt ☐	Kaiserschnitt ☐

Wurden Sie gestillt?	
Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, wie lange?	

Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie?				
Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?	nie	selten	häufig	immer
Infektionen	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐
Hämorrhoiden	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐
Blähungen	☐	☐	☐	☐
Völlegefühl (im Oberbauch/in der Magengegend)	☐	☐	☐	☐
Völlegefühl (im Unterbauch/in der Nabelgegend)	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐
Aufstoßen	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen	☐	☐	☐	☐
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
Bauchkoliken	☐	☐	☐	☐
Wie lange nach dem Essen treten die Koliken auf?				
Magengeräusche (Grummeln im Magen)	☐	☐	☐	☐
Darmgeräusche (Darmkollern)	☐	☐	☐	☐
Zungenbelag	☐	☐	☐	☐
(Nächtliche) Muskelkrämpfe	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörungen	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Rastlosigkeit	☐	☐	☐	☐
Unruhe	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐
Tinnitus	☐	☐	☐	☐
Seekrankheit	☐	☐	☐	☐
Reiseübelkeit	☐	☐	☐	☐

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	☐	☐	☐	☐
Beeinträchtigen die Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder haben sie zur Folge, dass sie soziale Ereignisse nicht richtig genießen können?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Depressionen oder depressiven Verstimmungen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie öfter Brustschmerzen?				
Nein ☐	☐ ja, beim Atmen ☐ bei Anstrengung;		☐ nach dem Essen ☐ nach Ärger oder Zorn	

Andere Symptome	Ja	Nein
Haben Sie Schlafprobleme?	☐	☐
Haben Sie Durchschlafprobleme?	☐	☐
Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach?		
Fühlen Sie sich morgens unausgeschlafen/ gerädert?	☐	☐
Haben Sie Symptome wie nach dem Genuss größerer Mengen Alkohol (Gefühl wie verkaterd zu sein)?	☐	☐
Vertragen Sie Alkohol?	☐	☐
Fühlen Sie sich morgens wie benebelt?	☐	☐
Erinnern Sie sich meistens an Ihre Träume?	☐	☐
Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln?	☐	☐
Treten grippale Infekte häufiger als 2x pro Jahr auf?	☐	☐
Leiden Sie unter Herpes?	☐	☐
Ist bei Ihnen schon einmal eine Gürtelrose aufgetreten?	☐	☐
Waren Sie schon einmal von einer Borreliose-Infektion betroffen?	☐	☐
Hatten Sie schon einmal Pfeiffersches Drüsenfieber? (Epstein-Barr-Virus)	☐	☐

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	☐	☐
Stillen Sie?	☐	☐
Nehmen Sie die Pille?	☐	☐
Menstruationsbeschwerden	☐	☐
Haben Sie geschwollene Brüste während der Menstruation?	☐	☐
Nehmen Sie wegen krampfartiger Beschwerden Medikamente (z.B. Schmerzmittel) während der Menstruation?	☐	☐
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?	☐	☐
Sind Sie in der Menopause?	☐	☐
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?	☐	☐
Haben Sie häufig wiederkehrende Harnwegsinfekte?	☐	☐
Treten bei Ihnen Vaginalinfektionen/-pilze auf?	☐	☐
Haben Sie Vaginalausfluss?	☐	☐
Treten bei Ihnen Nasennebenhöhlenentzündungen auf?	☐	☐
Hatten Sie schon einmal eine HPV-Infektion?	☐	☐

Wie oft haben Sie Stuhlgang?			
☐ mehrmals täglich; ☐ einmal täglich; ☐ 2-3 mal pro Woche; ☐ einmal pro Woche			
In welcher Form?	☐ dünn-wässrig ☐ dünn geformt ☐ breiig ☐ harter Stuhl ☐ dunkle Kügelchen ☐ klebt an der Schüssel ☐ schlauchartig weich	Welche Farbe hat der Stuhl?	☐ dunkelbraun ☐ hellbraun/lehmfarben ☐ gelblich/tonfarben ☐ grünlich ☐ grau ☐ rötlich ☐ schwarz
Enthält der Stuhl Beimengungen?	☐ Schleim ☐ Blut ☐ Eiter ☐ unverdaute Speisen ☐ faserige Nahrungsbestandteile	Wie riecht der Stuhl meistens?	☐ säuerlich ☐ nach Fisch ☐ faulig/übelriechend ☐ riecht kaum bzw. überhaupt nicht
Wann bekommen Sie Durchfälle?	☐ bei Aufregung ☐ nach fettigem Essen ☐ nach Obst (-säften)		☐ nach scharfen Gewürzen ☐ nach Milch (-produkten)

Gasbildung/Windabgang			
Beobachten Sie eine unmittelbare Zunahme Ihres Bauchumfanges nach dem Essen?	☐ ja ☐ nein	Beobachten Sie im Laufe des Tages eine ständige Zunahme Ihres Bauchumfanges?	☐ ja ☐ nein
Können Sie die Gase entweichen lassen?	☐ ja ☐ nein ☐ manchmal	Wie häufig haben Sie Windabgang?	☐ weniger als 10 mal täglich ☐ 10-50 mal täglich ☐ dauernd
Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?	☐ säuerlich ☐ nach Fisch ☐ faulig ☐ übelriechend ☐ geruchlos bzw. riechen kaum	Wann tritt der Windabgang verstärkt auf?	☐ nach dem Essen ☐ unabhängig vom Essen

Leiden Sie an bekannten Allergien (IgE-vermittelt)?
☐ Birke, Erle, Hasel ☐ Beifuß ☐ Gräser
☐ Sonstige:

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
☐ Fruktose	☐ Gluten
☐ Laktose	☐ Histamin
☐ Sonstige:	

Wann _____ und wie wurde die Unverträglichkeit festgestellt?
☐ Atemtest
☐ IgG ₄ -Test
☐ Sonstige:

Ernährungsgewohnheiten: Wie häufig verzehren Sie...	nie	gelegentlich	täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate	☐	☐	☐	☐
Obst (als Rohkost), frische Obstsäfte	☐	☐	☐	☐
Gemüse (als Rohkost), frische Gemüsesäfte	☐	☐	☐	☐
Gemüse (gekocht, gebraten, gedünstet o.ä.)	☐	☐	☐	☐
Vollkornprodukte	☐	☐	☐	☐
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	☐	☐	☐	☐
Frittiertes, Paniertes	☐	☐	☐	☐
Wurst, Geräuchertes	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Zucker, Süßigkeiten, Backwaren, zuckerhaltige Limonaden	☐	☐	☐	☐
Fastfood	☐	☐	☐	☐
Light-Produkte	☐	☐	☐	☐
Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons	☐	☐	☐	☐
Alkoholische Getränke	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von	nie	selten	häufig	immer
Obst, Säften, Limonaden	☐	☐	☐	☐
Milch (-produkten)	☐	☐	☐	☐
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)	☐	☐	☐	☐
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln	☐	☐	☐	☐
Sekt, Rotwein	☐	☐	☐	☐
Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami	☐	☐	☐	☐
Hartkäse (Parmesan, Emmentaler...)	☐	☐	☐	☐
Schokolade/Kakao	☐	☐	☐	☐

Stress	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich überfordert?	☐	☐	☐	☐
Können Sie sich entspannen?	☐	☐	☐	☐
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und seelischen Faktoren bzw. stressigen Situationen?	☐	☐	☐	☐

Weitere Störfaktoren	Ja	Nein
Haben Sie Haustiere?	☐	☐
Waren Sie im Ausland?	☐	☐
Üben Sie eine Tätigkeit mit hoher Schadstoffbelastung (Ozon, Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?	☐	☐
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums...)?	☐	☐
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Leiden Sie unter			
Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen	☐	Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	☐
Leberbelastungen (Hepatitis oder Alkoholprobleme)	☐	Krebs, Krebsnachsorge	☐
Herz- Kreislaufproblemen	☐	Arthrose, degenerativen Erkrankungen	☐
Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma	☐	Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson	☐
Bluthochdruck	☐	Neurodermitis	☐
Diabetes Typ I	☐	Osteoporose	☐
Diabetes Typ II	☐	Potenzproblemen	☐
Fettstoffwechselstörungen	☐	Psoriasis (Schuppenflechte)	☐
Gicht	☐	Schwermetallbelastung	☐
Kopfschmerzen, Migräne	☐	Wurzelbehandelte Zähne	☐
Sehproblemen	☐	Zähne mit Amalgamfüllungen	☐
Schilddrüsenproblemen	☐	Zähne mit Goldfüllungen	☐

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Symptome oder Umstände nach denen nicht gefragt wurde?

Ergänzende Informationen: Basiswerte

(Bitte eintragen falls die Werte bekannt sind, ansonsten frei lassen.)

Blutdruck	Gesamt-Cholesterin	HDL-Cholesterin	LDL-Cholesterin	Triglyceride
sys.	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)
diast.				

Homocystein	MCV	Harnsäure	Blutzucker	HbA1c
(in µmol/L)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)	(in mg/dL)

Hämatokrit	Leberwerte: AST (früher GOT)	ALT (früher GPT)	GGT (Gamma-GT)
(in %)	(in U/L)	(in U/L)	(in U/L)

Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	Körperfettanteil (%)	BMI (Body Mass Index)

Treiben Sie Sport?	Nein ☐
Ja, ich treibe Ausdauersport ☐	Ja, ich betreibe Kraftsport ☐
Durchschnittlich mal pro Woche	oder Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr Ruhepuls?	
Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?	
Ist Ihre Arbeit körperlich anstrengend?	Ja ☐ Nein ☐

Hinweise zum Datenschutz und zur Erklärung für den Patienten:

Mit der Abgabe dieses Fragebogens in der Adler-Apotheke überlassen Sie unserem Personal sensible Gesundheitsdaten. Die Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Therapieergänzungsprofils. Die Daten werden von unserem Personal zur Vorbereitung auf das Beratungsgespräch und für Ihre Beratung verwendet. Um Ihnen über die erstmalige Beratung hinaus eine weitergehende Betreuung anzubieten und auch für etwaige Rückfragen werden diese Daten bei uns für den dafür benötigten Zeitraum bzw. bis auf Widerruf Ihrerseits aufbewahrt.

Sie sind darüber informiert worden, dass die Apotheke keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für Sie ausschließlich beratend tätig ist.

Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten personenbezogenen Daten durch die Adler-Apotheke zu den genannten Zwecken.

Meine Einwilligung bezieht sich neben meinen personenbezogenen Daten auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der Adler-Apotheke Berlin erhalte bzw. erwerbe und die im Zusammenhang mit der hier angebotenen Dienstleistung stehen können.

Eine Weitergabe meiner Daten an unbefugte Dritte findet nicht statt.
Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten und deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Spätestens 3 Jahre nach meinem letzten Besuch in der Apotheke werden meine Daten gelöscht.

Die Erklärung zu den Informationspflichten nach Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Für Fragen zum Schutz meiner Daten in der Apotheke steht die Datenschutzbeauftragte der Apotheke zur Verfügung.

Datum

Unterschrift