

**ANAMNESEBOGEN DARM**

Name, Geburtsdatum

Patientennummer

Seite 1/2



Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir Sie besser beraten und betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und an der Rezeption abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

**Laktoseintoleranz**  ja  nein

- erworben  genetisch
- nicht bekannt

**Fruktoseintoleranz**  ja  nein

- erworben  genetisch
- nicht bekannt

**Echte Glutenunverträglichkeit**

(Zöliakie, Sprue) Gliadin AK?

- ja  nein

Wie gesichert? .....

.....

.....

.....

.....

nicht bekannt

**Glucoseintoleranz**

- ja  nein
- nicht bekannt

**Histaminintoleranz**

- ja  nein
- nicht bekannt

**IgG4 / IgG - Unverträglichkeiten**

- ja  nein
- nicht bekannt

**Andere bekannte Unverträglichkeiten**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nahrungsmittelallergien**  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

.....

.....

.....

nicht bekannt

**Magenspiegelung**  ja  nein

Zeitraum: .....

Befund: .....

.....

.....

.....

nicht bekannt

**Darmspiegelung**  ja  nein

Zeitraum: .....

Befund: .....

.....

.....

.....

nicht bekannt

**Essen Sie alles?**  ja  nein

Wenn nein, was essen Sie nicht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Auslandsaufenthalte**  ja  nein

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

nicht bekannt

**Andere Arten von Analysen**

(Heilpraktiker / Osteopathen etc.)

- ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

