

# Der Fragebogen zu Blähungen und unklaren Bauchbeschwerden

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Arzt- oder Therapeutenbesuch mit.

Vorname/Name

Leiden Sie an einer Allergie?

- nein  
 Pollenallergie  
 (Bäume/Gräser)  
 Hausstaub  
 Nahrungsmittel  
 Tiere

Ihr Geburtsdatum?

TT MM JJJJ

Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich  
 männlich

Sind bei Ihnen entzündliche Darmerkrankungen bekannt?

- nein  
 Morbus Crohn  
 Colitis ulcerosa  
 andere

Ist bei Ihnen in den letzten drei Monaten eine der folgenden Beschwerden aufgetreten?

Appetitlosigkeit    nein              stark

Beeinträchtigen Sie diese Beschwerden beim Essen?     ja  
 nein

Sodbrennen    nein              stark

Beeinträchtigen Sie diese Beschwerden bei der Arbeit oder bei körperlichen Aktivitäten?     ja  
 nein

Blähungen    nein              stark

Magenschmerzen, -krämpfe    nein              stark

Beeinträchtigen diese Beschwerden Ihre sozialen Kontakte oder bewirken Sie, dass Sie soziale Ereignisse nicht völlig genießen können?     ja  
 nein

Verstopfung    nein              stark

Durchfall    nein              stark

Übelkeit    nein              stark

Müssen oder mussten Sie öfter Erbrechen oder leiden Sie unter starker Übelkeit?     nein  
 Erbrechen  
 Übelkeit

Erbrechen    nein              stark

Müssen Sie oft aufstoßen?     ja     nein

Wie schmeckt das Aufgestoßene?     nach nichts  
 oft sauer  
 oft bitter  
 oft faulig  
 oft blutig

Haben Sie Sodbrennen?     ja  
 nein

Haben Sie öfter Brustschmerzen?     nein  
 beim Atmen  
 bei Anstrengungen  
 nach dem Essen  
 nach Ärger oder Zorn

Wird Ihnen nach dem Essen oft übel?     ja  
 nein

Haben Sie oft Bauchschmerzen?     ja     nein

Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?     strahlen in Rücken oder Schulter ab  
 strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels  
 im rechten Unterbauch

Falls die Bauchschmerzen nach dem Essen auftreten, wann setzen sie ein?     sofort  
 nach 20 Minuten  
 nach 1 Stunde

Wann treten die Bauchschmerzen auf?     morgens  
 tagsüber  
 nachts  
 nüchtern (vor den Mahlzeiten)  
 beim Essen

Beschreiben Sie die Bauchschmerzen:     dumpfe, diffuse Schmerzen  
 drückende Schmerzen  
 dumpfe Schmerzen, Besserung durch Druck  
 dumpfe starke Schmerzen, Verstärkung durch Druck  
 brennende Schmerzen  
 kolikartige Schmerzen  
 stechende Schmerzen

**Haben Sie ein Völlegefühl?**

nein  
 ja (eher im Oberbauch/  
 Magengegend)  
 ja (eher im Unterbauch/  
 Nabelgegend)

**Haben Sie oft  
 Magengeräusche  
 (Grummeln im Magen)?**

ja  
 nein

**Haben Sie oft  
 Darmgeräusche  
 (Darmkollern)?**

ja  
 nein

### Stuhlgang

**Wann bekommen  
 Sie Durchfälle?**

bei Aufregung  
 nach Fettem  
 nach Obstsaften  
 nach scharfen Gewürzen  
 nach Milchprodukten

**Enthält der Stuhl  
 Beimengungen?**

Schleim  
 Blut  
 unverdaute Speisen  
 faserige Nahrungsbestandteile  
 Eiter

**Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

mehrmals täglich  
 einmal täglich  
 2–3 mal pro Woche  
 einmal pro Woche

**Wie riecht der Stuhl meistens?**

säuerlich  
 wie Fisch  
 übelriechend, faulig  
 riecht kaum  
 bzw. überhaupt nicht

**In welcher Form?**

dünn wässrig  
 breiig  
 harter Stuhl  
 wie Schafskot  
 (dunkle Kügelchen)  
 klebt an der Schüssel  
 dünn geformt  
 schlauchartig weich

**Bemerkten Sie eine Verände-  
 rung der Stuhlfrequenz?**

ja  
 nein

**Bessern sich die Beschwerden  
 nach dem Stuhlgang?**

ja  
 nein

**Welche Farbe hat der Stuhl?**

dunkelbraun  
 hellbraun (lehmfarben)  
 gelblich (tonfarben)  
 grünlich  
 grau  
 rötlich  
 schwarz

**Haben Sie direkt nach dem  
 Essen Stuhlgang?**

sofort  
 30–60 Minuten danach  
 nie

**Haben Sie Zungenbelag?**

oft  
 manchmal  
 nie

**Wann haben Sie  
 vermehrt Zungenbelag?**

nach dem essen  
 nach Alkohol  
 nach Süßem  
 nach Milchprodukten  
 bei Ärger/Stress

### Gasbildung/Windabgang

**Beobachten Sie eine  
 unmittelbare Zunahme  
 Ihres Bauchumfangs nach  
 dem Essen?**

ja  
 nein

**Wie häufig haben  
 Sie Windabgang?**

< 10 mal täglich  
 10–50 mal täglich  
 dauernd

**Beobachten Sie im Laufe des  
 Tages eine ständige Zunahme  
 Ihres Bauchumfangs?**

ja  
 nein

**Wie ist der Geruch der  
 abgehenden Winde?**

übelriechend  
 faulig  
 säuerlich  
 wie Fisch  
 geruchslos

**Können Sie die Gase  
 entweichen lassen?**

nein  
 zeitweise ja,  
 aber nicht immer  
 ja

**Wann tritt der Wind-  
 abgang verstärkt auf?**

nach dem Essen  
 unabhängig vom  
 Essen

## Bitte nennen Sie uns Ihre Ernährungsgewohnheiten:

frische Salate (Rohkost)	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Limonaden (Cola)	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Obst, frische Obstsäfte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Light Produkte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Gemüse, Gemüsesäfte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Süßigkeiten	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Vollkornprodukte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Diabetikerprodukte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Frischmilchprodukte	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Zuckeraustauschstoffe	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Fleisch	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten	Kauen Sie zuckerfreie Kaugummis oder Lutschbonbons?	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten
Fisch	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten				
frittierte oder panierte Speisen	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> selten				

## Obst, Säfte, Limonaden

(1 = nie, 5 = stark)

Welche Beschwerden treten nach dem Genuß von Obst, Obstsäften oder Limonaden auf?

 Ich kann keine Beschwerden zuordnen

Bauchschmerzen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Blähungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Darmkrämpfe	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
breiiger Stuhl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Durchfall  1  2  3  4  5Reflux (saures Aufstoßen)  1  2  3  4  5Magenschmerzen  1  2  3  4  5Depressionen  1  2  3  4  5Stimmungsschwankungen  1  2  3  4  5

## Milchprodukte

(1 = nie, 5 = stark)

Ich nehme Milchprodukte zu mir  ja  nein

Welche Beschwerden treten nach dem Genuß von Milch oder Milchprodukten auf?

 Ich kann keine Beschwerden zuordnen

Bauchschmerzen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Blähungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Darmkrämpfe	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
breiiger Stuhl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
starker Durchfall	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Ist bei Ihren näheren Verwandten eine Milchzuckerunverträglichkeit bekannt?  ja  nein  weiß nichtSind Sie afrikanischer oder asiatischer Abstammung?  ja  nein

Kommt es bei Ihnen zu Hautveränderungen nach dem Genuss von Milch oder Milchprodukten?

Ausschlag  1  2  3  4  5Juckreiz  1  2  3  4  5Rötung  1  2  3  4  5Gibt es Wochen, in denen Sie Milchprodukte genießen können, ohne dass Beschwerden auftreten?  ja  nein

**Zuckeraustauschstoffe, Süßungsmittel**

(1 = nie, 5 = stark)

Welche Beschwerden treten nach dem Genuss von Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmittel, Diabetikernahrung, Diätprodukten bzw. künstlich gesüßten Lebensmitteln auf?

Ich kann keine Beschwerden zuordnen.

Bauchschmerzen  1  2  3  4  5

breiiger Stuhl  1  2  3  4  5

Durchfall  1  2  3  4  5

**histaminhaltige Nahrungsmittel**

(1 = nie, 5 = stark)

Welche Beschwerden treten nach dem Genuss von Hartkäse, Emmentaler, Rotwein, Thunfisch aus Dosen, Sauerkraut oder Salami auf (histaminhaltige Nahrungsmittel)?

Ich kann keine Beschwerden zuordnen.

Bauchschmerzen  1  2  3  4  5

Blähungen  1  2  3  4  5

Durchfall  1  2  3  4  5

Blutdruckabfall  1  2  3  4  5

Herzrasen  1  2  3  4  5

Hautrötung  1  2  3  4  5

Nesselsucht  1  2  3  4  5

Kopfschmerzen/  
Migräne  1  2  3  4  5

Fließschnupfen  1  2  3  4  5

Atembeschwerden  1  2  3  4  5

**Getreide, Getreideprodukte**

(1 = nie, 5 = stark)

Welche Beschwerden treten nach dem Genuss von Brot oder Cerealien (Müsli), Kartoffeln, Reis oder Nudeln auf?

Ich kann keine Beschwerden zuordnen.

Bauchschmerzen  1  2  3  4  5

Blähungen  1  2  3  4  5

Hautproblem  1  2  3  4  5

Energieverlust  1  2  3  4  5

Knochenschmerzen  1  2  3  4  5

Gewichtsverlust  1  2  3  4  5

**Stress**

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Stress-Situationen bzw. seelischen Belastungen?

- ja  
 nein

**Parasiten**

Haben Sie Haustiere?  ja  nein

Waren Sie im Ausland?  ja  nein