



Darmgesundheitsberatung
Mind.belly.skin
Christina Reikat
Drosselweg 9
38557 Osloß
Handy: 0172-9371779
E-Mail: Kontakt@mindbellyskin.de

Fragebogen

Vorname, Name:		Geburtstag: Alter:	
Adresse:		Telefon:	
E-Mail:			
Größe:		Gewicht:	
Familienstand:		Beruf:	

1. Was wünschen Sie sich:

Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie sich von unserem Gespräch wünschen und welches Ziel Sie erreichen möchten?

2. Welche Beschwerden belasten Sie im Moment am meisten und wann sind diese aufgetreten? Gab es einen Auslöser für diese Beschwerden?

3. Bekannte schulmedizinisch diagnostizierte Erkrankungen:

4. Gibt es Vorerkrankungen in Ihrer Familie?

Vater	☐ gesund	☐ krank Diagnosen: _____	☐ gestorben	Todesursache: _____
Mutter	☐ gesund	☐ krank Diagnosen: _____	☐ gestorben	Todesursache: _____
Geschwister	☐ gesund	☐ krank Diagnosen: _____	☐ gestorben	Todesursache: _____

5. Medikamente / Nahrungsergänzung

Haben Sie in den letzten 5 Jahren folgende Medikamente genommen?

Medikament	Nein	Ja, wie oft
Antibiotika		
Kortison		
Magenschoner (PPI, Omeprazol etc.)		
Chemotherapie		
Andere:		

Nehmen Sie derzeit Medikamente regelmäßig ein?	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel ein?	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Haben Sie bereits eine Darmsanierung gemacht?

Wenn ja wann, wie lange, mit welchen Mitteln und welchem Erfolg?

6. Verdauung

	Nein	JA, bitte kurze Beschreibung
Mundbereich:		
Können Sie gut kauen und wie oft kauen Sie einen Bissen? (Prothesen, Brücken)		
Bestehen Probleme/ Entzündungen im Mundbereich (Parodontitis, Aphten, Candida, Zahnprobleme etc.)		
Morgendlicher schlechter Mundgeruch		
Magen:		
Sodbrennen		
Haben Sie Probleme mit der Magensäure?		
Magenschmerzen		
Aufstoßen		
Gefühl von „Essen liegt im Magen“		
Verdauungsleistung		
Völlegefühl?		
Wird Fettiges gut vertragen?		
Durchfall nach fettigem Essen?		
Ist der Stuhl hellgelb, lehmfarben oder fettig glänzend? Wenn nicht, welche Farbe hat der Stuhl?		
Werden Kohlenhydrate gut vertragen?		

Wie häufig haben Sie **Stuhlgang**?

☐ täglich, wie oft:

☐ wenn nicht täglich, wie oft in der Woche:

Darmbeschwerden	Nein	Ja, wie oft
-----------------	------	-------------

Blähungen		
Durchfall		
Verstopfung		
Wechselnde Stuhlgänge		
Bauchschmerzen		
Wann und welche Beschwerden treten im Zusammenhang mit Essen auf (kurz nach dem Essen/Stunden später):		

6. Ernährung:

Wie ernähren Sie sich? Betreffendes bitte kurz beschreiben:

Mischkost	
Vegetarisch	
Vegan	
Sonstiges (low carb etc.)	
Was und wieviel trinken Sie?	

Sind Ihnen Nahrungsmittelallergien bekannt?	Nein	Ja, nämlich:

Sind Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?		☐ nein
Wenn ja, seit wann:		
Histamin		
Laktose		

Fructose	
Sorbit	
Gluten/ Weizensensitivität	

Immunsystem

Hatten/haben sie folgende Beschwerden:	Nein	Ja, bitte kurze Beschreibung
Infektanfälligkeit (häufige Nasennebenhöhlenentzündung, Schnupfen, Husten, Bronchitis, Blasenentzündung, Mittelohrentzündung etc.) Chronische Infekte		
Gastrointestinale Infekte		
Viruserkrankung (z.B. EBV, Herpes)		
Hauterkrankungen (Neurodermitis / Psoriasis/Ekzeme etc.)		
Candida Pilz-Infektion (Darm, Vagina, Haut, Nägel)		
Autoimmunerkrankungen		
Allergien / Heuschnupfen / Asthma		

7. Lebensqualität

Wie fühlen Sie sich derzeit? (bitte kreuzen sie an)

	Schlecht				Mittel					Hervor- ragend
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Körperliche Leistungsfähigkeit										
Psychische Leistungsfähigkeit										
Fühlen Sie sich schnell überfordert? Sind Sie schnell „gestresst“? Leiden Sie an Depressionen, depressive Verstimmungen? Sind Sie vergesslich (schlechtes Kurzzeitgedächtnis)? Leiden Sie unter Brain Fog (Gehirnnebel)?										
Schlafqualität										
Wie viele Stunden schlafen Sie? Welche Probleme haben Sie beim Schlafen? Werden Sie häufig nachts um drei Uhr(+/- 30 min) wach? Sind Sie oft müde (bleierne Müdigkeit)? Sind Sie am Morgen müde/benommen? Wenn ja werden Sie mit der Zeit wacher?										
	Schlecht				Mittel					Hervor- ragend

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soziale Beziehungen										
Familiäre Beziehungen										
Berufliche Zufriedenheit										

Lebensstil	Nein	Ja, wie viel, wie oft
Rauchen		
Alkohol		
Lebensmittel aus ökologischer Erzeugung		
Trinken Sie Leitungswasser?		
Kommen Sie mit Schwermetallen in Kontakt (beruflich, Schützenverein etc.)		
Geburt: Kaiserschnitt oder spontan		
Antibiose in den ersten zwei Lebensjahren erhalten?		
Asthma, Neurodermitis, Ekzeme, Allergien, Heuschnupfen etc. im Kindesalter		

8. Sonstige Angaben:

Hatten/haben Sie folgende Beschwerden:	Nein	Ja, bitte kurze Beschreibung
Starke Gewichtszu- / abnahme in den letzten Jahren		
Haarausfall		
Schwitzen Sie viel?		
Frauen:		
Blasenentzündungen		
Nehmen Sie die Pille?		
Wie ist Ihre Menstruation (unregelmäßig/schmerzhaft/PMS etc.)		
Wechseljahre		

9. Trauma

Haben Sie ein Trauma erlebt und nicht verarbeitet (z.B. Unfall, Kindheitserfahrungen, Mobbing, physische oder psychische Gewalt, etc.)