



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Fragenbogen zur Bestimmung von Allergien und/oder Nahrungsmittelintoleranzen:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden in Zusammenhang mit der Aufnahme von Nahrungsmitteln: Völlegefühl, Blähungen, Druckschmerzen oder Krämpfe, flüssiger Stuhlgang/Durchfälle, Verstopfung, verstärkter Juckreiz und/oder Rötungen der Haut, kleine oder große Quaddelbildung auf der Haut, brennende Zunge, Brennen im Hals, Luftnot, unerklärbare chronische Muskelschmerzen?

ja  nein

Haben Sie Beschwerden, wie Verspannungen im Kopfbereich, bzw. Kopfschmerzen, Unruhe oder Zittern nach dem Genuss von zuckerhaltigen Lebensmitteln?

ja  nein

Tritt bei Ihnen nach dem Essen Herzrasen oder Herzklopfen auf?

ja  nein

Können Sie bei sich Schwellungen im Gesicht an den Lippen oder an anderen Körperregionen kurz nach dem Essen beobachten?

ja  nein

Leiden Sie unter Unwohlgefühl, Einschlafneigung oder starker Müdigkeit, evtl. in Zusammenhang mit einem Blutzuckerabfall nach dem Essen?

ja  nein

Ist es Ihnen schon aufgefallen, dass Sie beim Zubereiten von bestimmten Obstsorten, Gemüsesorten oder Fisch folgende Beschwerden haben:

Juckreiz an den Händen, Rötungen oder Niesanfälle mit fließender Nase?

ja  nein

Treten bei Ihnen auch nach geringem Alkoholgenuss, folgende Beschwerden auf: Kopfschmerzen, Herzrasen, starkes Sodbrennen oder auch Durchfälle?

ja  nein

Sind bei Ihnen in der Familie Fälle von Allergien bekannt, die folgende Organe betreffen:  
Haut, Lunge oder Magen-Darm-Trakt?

ja  nein

Haben Sie Heißhunger oder den unwiderstehlichen Drang immer wieder eines der folgenden  
Nahrungsmittel zu essen? Brot, Schokolade, Milch, Kaffee, Tee

ja  nein

Ist Ihnen ein Nahrungsmittel bekannt, auf das Sie in irgendeiner Art mit körperlichen Symptomen  
reagieren?

ein bekanntes Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

mehrere Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

Wenn Magen-Darm-Beschwerden auftreten – wie äußern sich diese?

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Beschwerden ungefähr?

seit \_\_\_\_\_ Tagen; seit \_\_\_\_\_ Wochen; seit etwa \_\_\_\_\_ Monaten

seit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr; seit \_\_\_\_\_ Jahren

Wie oft am Tag oder in der Woche haben Sie Stuhlgang?

\_\_\_\_\_ mal / Tag

\_\_\_\_\_ mal / Woche

Sind Ihnen schon einmal Blutbeimengungen im Stuhl aufgefallen? (der Stuhl ist dann richtig schwarz)

ja  nein

Sind Sie schnell unzufrieden mit sich selber? Oder würden Sie von sich behaupten, dass Sie ein eher  
fröhlicher und gelassener Mensch sind?

\_\_\_\_\_

Verschlimmern sich Ihre Beschwerden in Stresssituationen?

ja  nein

Verbessern sich Ihre Beschwerden am Wochenende oder im Urlaub?

ja  nein

Können Sie nachts gut schlafen, oder verschlimmern sich dann die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen schon einmal folgende Untersuchungen durchgeführt:

Magenspiegelung:  ja  nein

Darmspiegelung:  ja  nein

Laktosebelastungstest:  ja  nein Ergebnis: \_\_\_\_\_

Fruktosebelastungstest:  ja  nein Ergebnis: \_\_\_\_\_

Histaminunverträglichkeits-Test:  ja  nein Ergebnis: \_\_\_\_\_

Prick-Test:  ja  nein Ergebnis: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wenn Sie dieses Formular ausgefüllt haben und über mindestens 1 Monat ein Ernährungstagebuch geführt haben, rufen Sie mich an und vereinbaren Sie einen Termin mit mir.

Nun können wir gemeinsam eine entsprechende Analyse vornehmen und gegebenenfalls weitere geeignete Therapieansätze besprechen.

Tel.: 0699 / 10 25 88 22

Mail: philipp.mozga@sesomed.at