

Fragebogen Beschwerden	Ja	Nein	weiß nicht
1. Beschwerden durch Essen auslösbar (innerhalb 2 h)?			
2. Schon geringe Mengen Alkohol werden schlecht vertragen?			
3. Beschwerden verstärkt durch Essen im Restaurant/GH?			
4. Blähungen?			
5. Stuhldrang nach dem Essen?			
6. Krampfartige Bauchschmerzen?			
7. Übelkeit?			
8. Erbrechen?			
9. Neigung zu Durchfall (gehäufter Stuhlgang mehrmals tägl.)?			
10. Müdigkeit nach dem Essen?			
11. Kopfschmerzen?			
12. Schwindel?			
13. Schlafstörungen? wenn ja: 14 u. 15 weiter			
14. Einschlafstörungen?			
15. Durchschlafstörungen?			
16. In Ruhe Herzklopfen (und/oder) rascher Puls?			
17. Müdigkeit (nach dem Essen)?			
18. Rhinitis (blockierte oder rinnende Nase)?			
19. Urticaria (Quaddelbildung)?			
20. Frauen: Prämenstruell verstärkt Beschwerden?			

Allgemeine Angaben:

Alter: _____ Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Vorerkrankungen: Ist Ihnen bekannt

Bekannte Pollinose (Heuschnupfen)?: ja nein weiß nicht

Wenn Pollinose: orales Allergiesyndrom bekannt?
z.B. Apfel oder Nüsse ja nein weiß nicht

Medikamentenunverträglichkeit?
wenn ja welche: ja nein weiß nicht

Laktoseunverträglichkeit?: ja nein weiß nicht

Fruktosemalabsorption?: ja nein weiß nicht

Zoeliakie?: (Entzündung d. Darmschleimhaut durch Gluten): ja nein weiß nicht

Reizdarmsyndrom?: ja nein weiß nicht

Mastzellerkrankung?: ja nein weiß nicht

Medikamente (Dauermedikamente):

Vitamine? ja nein Probiotika? ja nein Antioxidantien? ja nein

Vegetarier(in): ja nein Veganer(in): ja nein