

Anamnesebogen Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Name:

Geboren am:

	Risiken / Erkrankungen	Bemerkung	Medikamente
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Verdauungstraktes: Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse,...		
<input type="checkbox"/>	Beschwerden nach dem Essen: Blähungen, Durchfall, weicher Stuhl, Verstopfungen, Bauchschmerzen, „Watte-Benommenheit“, Übelkeit, Magenschmerzen, Völlegefühl im Magen, Reflux, Kopfschmerzen,...	<input type="checkbox"/> Stuhlfrequenz:	
<input type="checkbox"/>	Anzahl Antibiosen		
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Laktose-Atemtest	
		<input type="checkbox"/> Fruktose-Atemtest	
		<input type="checkbox"/> Sorbit-Atemtest	
		<input type="checkbox"/> Glukose-Atemtest	
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergien		
<input type="checkbox"/>	Allergien / Asthma / Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht		
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfettwerte		
<input type="checkbox"/>	Erhöhter Blutdruck		
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1 / Typ 2		
<input type="checkbox"/>	Übergewicht / Untergewicht		
<input type="checkbox"/>	Rheuma		
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Raucher		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges		

Angaben zur körperlichen Belastung			
<input type="checkbox"/>	Berufliche Tätigkeit		
<input type="checkbox"/>	Arbeitszeit/Tag/		
<input type="checkbox"/>	überwiegend leichte / sitzende Tätigkeit		
<input type="checkbox"/>	überwiegend mittelschwere / stehende Tätigkeit		
<input type="checkbox"/>	schwere körperliche Tätigkeit		
<input type="checkbox"/>	Arbeit in Schicht		
Freizeit / Bewegung / Sport			
<input type="checkbox"/>	Art	Häufigkeit	Dauer
	Sonstige:		

Essgewohnheiten	
<input type="checkbox"/>	Regelmäßig
<input type="checkbox"/>	Unregelmäßig
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Wie viele Mahlzeiten/Tag
<input type="checkbox"/>	Spezielle Kostformen / Diäten
<input type="checkbox"/>	Mahlzeiteneinnahme zuhause
<input type="checkbox"/>	Mahlzeiteneinnahme unterwegs
<input type="checkbox"/>	Vorlieben
<input type="checkbox"/>	Abneigungen
	Sonstiges