

### Fragebogen zu Blähungen und unklaren Bauchbeschwerden

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht	
Straße		Beruf	
PLZ, Ort		Telefon/ Email	

Ist das Blutbild in Ordnung?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn nicht, welche Werte sind auffällig?		

Wurde schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, mit welchem Befund?		
Divertikel	<input type="radio"/>	
Tumor	<input type="radio"/>	
Polypen	<input type="radio"/>	
Sonstiges		

Sind bereits Erkrankungen den Darms oder Magens bekannt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, seit wann und welche?		
Reizdarm	<input type="radio"/>	seit
Colitis ulcerosa	<input type="radio"/>	seit
Morbus Crohn	<input type="radio"/>	seit
Sodbrennen	<input type="radio"/>	seit
Magenschleimhautentzündung	<input type="radio"/>	seit
Magengeschwür	<input type="radio"/>	seit
Helicobacter pylori	<input type="radio"/>	seit
Welche Behandlung wird durchgeführt?		

Nehmen Sie Protonen-pumpenhemmer (Medikamente zur Reduktion der Magensäureproduktion) ein?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Sind sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
-----------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?	
Wenn ja, welche?	
Laktose	<input type="radio"/>
Fruktose	<input type="radio"/>
Gluten	<input type="radio"/>
Histamin	<input type="radio"/>
Gibt es sonst einen Verdacht?	
Wenn ja welchen?	

Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?				
	Nie	Selten	Häufig	Immer
Infektionen (z.B. Erkältung, Magen-Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?
-------------------------------------

Welche Erkrankungen haben Sie sonst noch?
-------------------------------------------

Gibt es aus Ihrer Sicht Symptome oder Umstände, nach denen nicht gefragt wurde?
---------------------------------------------------------------------------------

<b>Datenschutzerklärung</b>
<p>Ich bin darüber informiert, dass die Meine Apotheke im GLOBUS, Nordstraße 1, 04416 Markkleeberg meine persönlichen Daten in ihrem Computersystem zu Beratungs- und Abrechnungszwecken bearbeitet und speichert. Meine Daten werden von der oben benannten Apotheke streng vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Die Verwendung meiner persönlichen Daten endet automatisch mit der Beendigung dieses Auftrages. Ich bin darüber informiert worden, dass die Meine Apotheke im GLOBUS keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für mich ausschließlich beratend tätig ist. Ich ermächtige die Mitarbeiter, des durch mich beauftragten Diagnostikunternehmens zur Weitergabe meiner Untersuchungsergebnisse an die Meine Apotheke im GLOBUS, Nordstraße 1, 04416 Markkleeberg. Ferner bin ich mit der Auswertung meiner Untersuchungsergebnisse durch die oben benannte Apotheke einverstanden.</p>
Ort, Datum   Unterschrift

