

Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen sowie, falls vorhanden, eine Kopie Ihrer Blutwerte mit zum ersten Termin.

Wenn Sie eine der folgenden Beschwerden haben, melden sie sich bitte direkt bei uns:

- Deutliche Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten
- Blut im Stuhlgang
- Wiederkehrendes Fieber ohne erkennbaren Grund
- Deutliche Müdigkeit (Schlafen nach der Arbeit früh abends), Abgeschlagenheit, fehlende Leistungsfähigkeit (kann nicht mehr Sport machen)
- Häufiges Erbrechen (mehr als 2 x pro Woche)
- Anhaltende Durchfälle über mehr als 4 Wochen und mehr als 3 x pro Tag

**BITTE BEANTWORTEN SIE UNTEN GENANNTEN FRAGEN:**

1. Wann begannen die Bauchschmerzen?

---

2. Wie begannen die Bauchschmerzen? (Plötzlich, langsam zunehmend, wellenförmig, anhaltend?)

---

3. Wie häufig haben Sie Bauchschmerzen? (x mal pro Woche oder pro Monat?)

---

4. Wie ist der Schmerzcharakter? (Dumpf, scharf, stechend, krampfartig?)

---

5. Wo spüren Sie die Schmerzen am meisten?

- Im gesamten Bauch
- Um den Bauchnabel
- Im Oberbauch unter den Rippen
- Unterhalb des Bauchnabels
- Sonstiges:

6. Wie lange dauern die Bauchschmerzen jeweils an (minimal und maximal)?

---

7. Treten die Bauchschmerzen zu bestimmten Stunden des Tages besonders oft auf?

---

8. Treten die Bauchschmerzen verstärkt nach Mahlzeiten oder vor Mahlzeiten auf?

---

9. Treten die Bauchschmerzen verstärkt vor oder nach dem Stuhlgang auf?

---

10. Kennen Sie die Auslöser für die Bauchschmerzen?

---

11. Haben Sie Begleitbeschwerden?

- Fieber
- Aufstossen
- Übelkeit
- Appetitlosigkeit
- Erbrechen
- Blähungen mit Luftabgang (Pupsen)
- Durchfall
- Verstopfung
- Sodbrennen (Brennen «im Hals» oder hinter dem Brustbein)
- Schwäche, Abgeschlagenheit

12. Wie häufig entleeren Sie Stuhlgang: \_\_\_\_\_ mal pro Tag oder alle \_\_\_\_\_ Tage

13. Konsistenz des Stuhlgangs?

- geformt
- weich
- flüssig

14. Farbe des Stuhlgangs?

- hell
- grau
- schwarz

15. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

---

16. Farbe des Urins?

- hell
- dunkel
- braun
- rot

17. Wie oft sind Sie in den letzten 3 Monaten nachts wegen Bauchschmerzen aufgewacht?

---

18. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen Bauchschmerzen bei der Arbeit gefehlt?

---

19. Treten die Bauchschmerzen in der arbeitsfreien Zeit seltener auf?

---

20. Machen Sie Sport?

---

21. Was machen Sie, wenn Sie Bauchschmerzen haben?

---

22. Haben Sie wegen der Bauchschmerzen schon Medikamente genommen?  
Wenn ja, welche und wie oft?

---

23. Haben Sie eine andere Therapie bekommen?

---

24. Waren Sie wegen der Bauchschmerzen schon einmal im Spital?

---

25. Haben Sie eine Vermutung, warum Sie immer wieder Bauchschmerzen haben?

---

26. Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche?

---

27. Waren Sie bisher ernsthaft krank oder sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann? Welche Krankheit?

---

28. Haben ein Elternteil, Geschwister oder Grosseltern einen Reizdarm, Reizmagen, empfindlichen Magen, empfindlichen Darm?

---

29. Hat ein Familienmitglied eine entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa) oder einen Darmtumor?

---

30. Hat oder hatte ein Familienmitglied ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?

---

31. Hat einer der Eltern oder Geschwister eine Allergie? Wenn ja, welche?

---

32. Wie viel trinken Sie ungefähr pro Tag? \_\_\_\_\_ ml

33. Wie viel Apfelsaft oder andere Säfte pro Tag? \_\_\_\_\_ ml

34. Wie viel Milch pro Tag? \_\_\_\_\_ ml

35. Essen Sie viel...?

- Obst
- Ballaststoffe
- Süssigkeiten

36. Haben Sie Körpergewicht abgenommen? Wenn ja, wieviel? In welchem Zeitraum?

- 1 Monat
- 3 Monate
- 6 Monate

37. Vertragen Sie bestimmte Lebensmittel nicht?

---

38. Bestehen weitere Symptome?

- Kopfschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schwindel
- Sonstiges:

39. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

---