

Persönliche Daten

Vorname:

Geschlecht: männlich divers
 weiblich

Name:

Geb.-Dat.:

Straße:

Größe:

PLZ, Ort:

Gewicht:

2. Anamnese

	häufig	selten	nie
1. Wie oft verzehren Sie Fisch oder Meeresfrüchte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft verzehren Sie Fleisch- oder Wurstwaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft verzehren Sie Sojaprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft verzehren Sie Fertigprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Erleben Sie Kopfschmerzattacken nach dem Verzehr von Fertigprodukten oder geschmacksintensiven bzw. salzigen Nahrungsmitteln (z. B. Kartoffelchips, asiatischen Mahlzeiten, Sojasauce, geschmacksintensivem Käse, Hefeextrakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erleben Sie Kopfschmerzattacken nach dem Verzehr von fermentierten Nahrungsmitteln (z. B. Rotwein, Käse, Schokolade, Sauerkraut)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft verzehren Sie zuckerhaltige Getränke/Lebensmittel? (Dazu zählen Limonaden, Säfte, Saftschorlen, Obst-Smoothies, Eistee, Kaffee- oder Teegetränke mit Zucker, Kakaogetränke.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Erleben Sie Kopfschmerzattacken nach deren Verzehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft verzehren Sie „Light“-Getränke/Produkte mit Zuckerersatzstoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Folgen Sie speziellen Ernährungsweisen oder Diäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9a. Erleben Sie Kopfschmerzattacken nach dem Konsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verbringen Sie in Ihrem Beruf hauptsächlich Zeit im Sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie oft treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rauchen Sie (aktiv oder passiv)? (Dazu zählt der Konsum von Tabakwaren (auch Shishatabak) oder E-Zigaretten sowie der regelmäßige Besuch von Lokalitäten, in denen das Rauchen gestattet ist bzw. häufiges Zusammensein mit Personen, die in denselben Innenräumen Tabak konsumieren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Fortsetzung auf der Rückseite

13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wie z. B.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva, | <i>z. B. Amitriptylin und Doxepin</i> |
| <input type="checkbox"/> blutdrucksenkende Medikamente, | <i>z. B. ACE-Hemmer oder Beta-Blocker</i> |
| <input type="checkbox"/> nicht steroidale Antirheumatika, | <i>z. B. Ibuprofen, Diclofenac</i> |
| <input type="checkbox"/> Glucocorticoide (auch Inhalation), | <i>z. B. Dexamethason, Fluticason, Hydrocortison</i> |
| <input type="checkbox"/> Statine (Cholesterinsenker), | <i>z. B. Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pitavastatin</i> |
| <input type="checkbox"/> Magensäureblocker, | <i>z. B. Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol</i> |
| <input type="checkbox"/> Anti-Estrogene, | <i>z. B. Fulvestrant, Tamoxifen, Toremifen</i> |
| <input type="checkbox"/> hormonelle Verhütungsmittel, | <i>z. B. Pille, NuvaRing, Verhütungspflaster oder -implantat</i> |
| <input type="checkbox"/> weitere _____ | |

14. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Antibiotika eingenommen? ja nein

15. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

16. Wie hoch ist Ihre Aufnahme an ungesüßten Getränken am Tag? ca. _____ Liter

17. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen bzw. Störungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> starker Durst, häufiger Harndrang, häufige Müdigkeit | <input type="checkbox"/> chronischer Reizhusten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> häufiges Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> chronische Magen-Darm-Erkrankung (z. B. Reizdarm, Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) | |

18. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Reise nach Afrika, Asien, Südamerika, Südeuropa, Australien, in die Südstaaten der USA oder in den Nahen Osten unternommen? ja nein

18a. Haben Sie anschließend Symptome wie Bauchschmerzen, Durchfall, Husten oder juckenden Hautausschlag an Extremität(en) beobachtet? ja nein

häufig **selten** **nie**

19. Fühlen Sie sich im Alltag schnell erschöpft?

20. Fühlen Sie sich oft gestresst?

21. Fühlen Sie sich generell eher niedergeschlagen?

22. Haben Sie bekannte Allergien/Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

23. Nehmen Sie nach der Aufnahme bestimmter Lebensmittel Symptome wahr, wie z. B.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemwegsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Tränenfluss | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> schneller Herzschlag | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz (Haut, Mund, Augen) | <input type="checkbox"/> weitere: _____ | |

24. Leiden Sie häufig unter Erkältungssymptomen? ja nein

25. Leiden Sie häufig unter schlecht heilenden Wunden und Hautinfektionen? ja nein

26. Leiden Sie häufig unter Verletzungen oder Infektionen der Mundschleimhaut (z. B. Aphten, Zahnfleischentzündung)? ja nein

27. Leiden Sie häufig unter Karies? ja nein

28. Neigen Sie zu Haarausfall oder verstärktem Haarverlust? ja nein