

# Reizdarm – Patienten-Fragebogen

Name:

Alter:

w  m  d

## 1. Wie stark schränken Sie Ihre Symptome ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 2. Seit wann bestehen die Beschwerden?

- seit ca. 4 Wochen
- seit 1 – 3 Monaten
- seit 3 – 6 Monaten
- seit mehr als 6 Monaten

## 3. Welche Art der Beschwerden

- Durchfall  Verstopfung  Durchfall/Verstopfung im Wechsel
- Blähungen  Bauchschmerzen / -krämpfe
- gestörter Schlaf: \_\_\_\_\_
- psychische Beschwerden \_\_\_\_\_
- weitere Beschwerden \_\_\_\_\_

## 4. Was verschlimmert die Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Was hat positiven Einfluss auf die Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Was passiert, wenn sich nichts verändert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Wo wollen Sie am Ende der Therapie stehen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Das Reizdarm-Syndrom hat oft etwas mit den eigenen Verhaltensweisen zu tun

Was ist IHR erster Schritt? \_\_\_\_\_

Was sind SIE bereit zu verändern? \_\_\_\_\_

## 9. Was haben Sie schon versucht / unternommen / untersuchen lassen?

Diagnostik:

- wann? Ergebnis: \_\_\_\_\_

- aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

10. Was steht aus Ihrer Sicht einer Veränderung im Weg? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Wieviel Zeit sind Sie bereit in eine Veränderung / Verbesserung zu investieren?

- keine
- 4 Wochen
- 1 – 3 Monaten
- 3 – 6 Monaten
- die Zeit, die nötig ist

12. Angenommen, der Reizdarm wäre weg – was bedeutet das für SIE und ihre Lebensgestaltung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe noch folgende Fragen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe Interesse an:

- Informationen zum Krankheitsbild
- Diagnostischen Möglichkeiten
- Ernährungsempfehlungen
- Therapeutischen Möglichkeiten
- Therapeutenliste