

Beschwerdeprotokoll

bei Allergien, Unverträglichkeiten, Intoleranzen, Magen- und Darmbeschwerden

Name: _____

Datum: _____

Beschwerden:

zu Beginn der Beratung:

am Ende der Beratung:

	zu Beginn der Beratung:			Intensität 0=gar nicht 10= sehr stark	am Ende der Beratung:			Intensität 0=gar nicht 10= sehr stark
	Täglich	Häufigkeit mehrmals wöchentlich	monatlich		Täglich	wöchentl.	Monatlich	
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blähungen/Winde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Aufgetriebener Bauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Druck-, Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Übelkeit (mit Erbrechen _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Müdigk., Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Depressive Verstimmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hauterscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____