

# Beschwerdeprotokoll

bei Unverträglichkeiten, Intoleranzen, Magen-und Darmbeschwerden

Name:

Datum:

**Beschwerden:**

**zu Beginn der Beratung:**

**am Ende der Beratung:**

Täglich mehrmals wöchentlich monatlich Intensität (0-10)    Täglich mehrmals wöchentlich monatlich Intensität (0-10)

Durchfall

Verstopfung

Blähungen/Winde

Aufgetriebener Bauch

Druck-, Völlegefühl

Übelkeit 0 \_\_\_\_\_  
(mit Erbrechen \_\_\_\_)

Kopfschmerzen

Müdigk., Abgeschlagenheit

Depressive Verstimmungen

Hauterscheinungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

