



HOME OF HEALTH

ORDINATION DR. DORIS GAPP

MIKROBIOM-BEZOGENE GESUNDHEITSFragen BESCHWERDEN

BESCHWERDE	ERGEBNIS	BEREICH	BESCHREIBUNG
Verstopfung		0-4	Leiden Sie unter an Verstopfung? 0 = nein; 1 = ja, kann einen Tag aussetzen; 2 = ja, Stuhlgang alle 2-3 Tage; 3 = ja, Stuhlgang alle 3-4 Tage; 4 = ja, Stuhlgang alle 6 Tage oder länger
Diarrhö		0-5	Wie oft haben Sie Durchfall? 0 = nie; 1 = ein Mal alle zwei Wochen; 2 = ein Mal pro Woche; 3 = zwei-drei Mal pro Woche; 4 = vier-sechs Mal pro Woche; 5 = täglich.
Völlegefühl / Blähungen		0-5	Wie oft haben Sie Völlegefühl / Blähungen? 0 =nie 1 = einmal jede zwei Wochen; 2 = jede Woche; 3 = zwei-drei mal pro Woche; 4 =vier-sechs mal pro Woche ; 5 = jeden Tag.
Unterleibsschmerzen (Darmbezogen)		0-4	Wie oft haben Sie Unterleibsschmerzen? 0 = nie; 1 = ein paar Mal pro Monat; 2 = ein paar Mal pro Woche; 3 = täglich aber nicht den ganzen Tag; 4 = täglich den ganzen Tag.
Kognition		0-4	Haben Sie kognitive Probleme? 0 = nein; 1 = etwas; 2 = ziemlich; 3 = stark; 4 = sehr stark.
Anfälligkeit für depressive Stimmung		0-5	Erleben Sie depressive Stimmungen? 0 = nie; 1 = manchmal; 2 = weniger als die Hälfte der Zeit; 3 = mehr als die Hälfte der Zeit; 4 = die meiste Zeit; 5 = immer.
Erhöhter Stresspegel		0-5	Erleben Sie einen erhöhten Stresspegel? 0 = nie; 1 = manchmal; 2 = weniger als die Hälfte der Zeit; 3 = mehr als die Hälfte der Zeit; 4 = die meiste Zeit; 5 = immer.
Ängstlich/angespannt		0-5	Sind Sie ängstlich oder angespannt? 0 = nie; 1 = manchmal; 2 = weniger als die Hälfte der Zeit; 3 = mehr als die Hälfte der Zeit; 4 = meistens; 5 = immer.
Ermüdung		0-4	Wie stark war die Müdigkeit/Erschöpfung in den letzten sechs Monaten? 0 = Symptom nicht vorhanden; 1 = leicht; 2 = mittel; 3 = schwer; 4 = sehr schwer.
Bakterielle Vaginose		0-4	Haben Sie Beschwerden, die auf eine bakterielle Vaginose hinweisen? (übelriechender grau-weißer Ausfluss, Juckreiz, Brennen) 0 = N/A, nie; 1 = manchmal; 2 = regelmäßig; 3 = oft; 4 = ständig.



ANAMNESE MEDIZINISCHER HINTERGRUND

MED. ASPEKT	ERGEBNIS	BEREICH	BESCHREIBUNG
SIBO (Dünndarm- fehlbesiedlung)		0-4	Haben Sie Beschwerden, die auf SIBO hindeuten z.B. Blähungen, Maldigestion, fetthaltiger Stuhl, klebriger Stuhl? 0 = gar nicht; 1 = leichter Hinweis; 2 = mäßiger; 3 = starker; 4 = schwerer
IBS		0-2	Leiden Sie an IBS (Reizdarmsyndrom)? 0 = nein; 1 = ja, leicht; 2 = ja, schwer.
Morbus Crohn		0-2	Haben Sie Morbus Crohn? 0 = nein; 1 = ja, in Remission; 2 = ja, aktive Phase.
Colitis ulcerosa		0-2	Haben Sie Colitis Ulcerosa? 0 = nein; 1 = ja, in Remission; 2 = ja, aktive Phase.
Antibiotika		0-2	Haben Sie vor kurzem Antibiotika eingenommen? 0 = nein; 1 = vor zwei bis sechs Monaten; 2 = vor weniger als zwei Monaten.
Chemo/ Strahlentherapie		0-1	Haben Sie im letzten Jahr einer Chemo- oder Strahlentherapie unterzogen? 0 = nein; 1 = ja.
Fettleber		0-2	Haben Sie eine Fettlebererkrankung? 0 = nein; 1 = Frühstadium; 2 = ja.
Leberzirrhose		0-4	Haben Sie eine Leberzirrhose? 0 = gar nicht; 1 = leichte Anzeichen; 2 = mäßig Anzeichen; 3 = starke; 4 = schwere.
Metabolische Dysfunktion		0-3	Gibt es Hinweise auf Insulinresistenz und systemische Low-Grade Entzündung? 0 = überhaupt nicht; 1 = gewisse Evidenz (z.B. gewisser Verdacht auf metabolisches Syndrom / Vorliegen einer chronischen Erkrankung); 2 = mäßig Evidenz (z.B. eindeutige Merkmale des metabolischen Syndroms / Vorliegen einer Erkrankung); 3 = starke Evidenz (z.B. Diabetes Typ 2 Patient).
Übergewicht		0-2	Sind Sie übergewichtig? 0 = nein; 1 = ja, etwas (BMI=26-29); 2 = ja, schwer (BMI >30)
Arterielle Gefäß Steifigkeit Atherosklerose		0-2	Haben Sie Arterienversteifung oder Atherosklerose? 0 = nein; 1 = Risikogruppe /Arterienversteifung; 2 = diagnostizierte Atherosklerose.
Osteoporose		0-1	Haben Sie Osteoporose? 0 = nein; 1 = ja.
Autoimmunerkrankung		0-1	Leiden Sie unter an einer Autoimmunerkrankung? 0 = nein; 1 = ja.
Harnwegsinfektionen		0-5	Wie oft haben Sie Harnwegsinfektion? 0 = nie; 1 = jährlich; 2 = alle sechs Monate; 3 = alle zwei Monate; 4 = monatlich; 5 = fast ständig.
Nierensteine		0-2	Haben Sie kalkhaltige Nierensteine? 0 = nie; 1 = ja, einmal; 2 = ja, wiederkehrend.
Lactose-intoleranz		0-1	Sind Sie Lactoseintolerant? 0 = nein; 1 = ja.



ANAMNESE MEDIZINISCHER HINTERGRUND

MED. ASPEKT	ERGEBNIS	BEREICH	BESCHREIBUNG
Allergische Erkrankungen		0-4	Wie stark leiden Sie unter allergischen Beschwerden (Allergie, allergische Rhinitis, Ekzem)? 0 = gar nicht (negativ); 1 = leicht (schwach positiv); 2 = mäßig (positiv); 3 = stark (stark positiv); 4 = sehr stark (sehr stark positiv).
Akne		0-4	Wie stark Leiden Sie unter Akne? 0 = überhaupt nicht (negativ); 1 = leichte Beschwerden (schwach positiv); 2 = mäßig (positiv); 3 = stark (stark positiv); 4 = schwer (sehr stark positiv).
Infektionen des Respirationstraktes		0-4	Haben Sie Atemweges Infektionen? 0 = gar nicht (negativ); 1 = leichte Beschwerden (schwach positiv); 2 = mäßig (positiv); 3 = stark (stark positiv); 4 = sehr stark (sehr stark positiv).
Entzündung der Mundschleimhaut		0-4	Haben Sie eine Mundschleimhautentzündung? 0 = überhaupt nicht (negativ); 1 = leicht (schwach positiv); 2 = mäßig (positiv); 3 = stark (stark positiv); 4 = schwer (sehr stark positiv).
Karies		0-4	Haben Sie Karies? 0 = überhaupt nicht (negativ); 1 = leichte Beschwerden (schwach positiv); 2 = mäßige Beschwerden (positiv); 3 = starke Beschwerden (stark positiv); 4 = schwere Beschwerden (sehr stark positiv).
ADHS		0-3	Haben Sie ADHS? 0 = nein; 1 = leichte Symptome; 2 = mittelschwer; 3 = schwer.
Manie		0-3	Haben Sie manische Episoden? 0 = nie; 1 = vor mehr als einem Jahr oder leichte Symptome; 2 = vor zwei bis sechs Monaten; 3 = vor weniger als zwei Monaten.