



Fragebogen für Colon-Hydro-Therapie

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

Fragen zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	aktuell	Bemerkungen
Hatten Sie jemals Blutungen aus dem Rektum?				
Haben Sie Verdauungsstörungen?				
Leiden Sie an Verstopfung?				
Leiden Sie an Durchfall?				
Haben Sie Gas, Winde, Blähungen?				
Haben Sie Hämorrhoiden				
Leiden Sie an Kolitis?				
Leiden Sie an Divertikulitis?				
Leiden Sie an Darmkrankheiten?				
Hatten Sie Darm- oder Rektaloperationen?				
Haben Sie ein Ulkus (Geschwür)?				
Haben Sie Herpes?				
Leiden Sie an Herzkrankheiten?				
Leiden Sie an Nierenkrankheiten?				

	ja	nein	aktuell	Bemerkungen
Leiden Sie an Lebererkrankungen?				
Leiden Sie an Bauchspeicheldrüsenerkrankungen?				
Leiden Sie an Diabetes?				
Leiden Sie an Prostataproblemen?				
Besteht eine Schwangerschaft?				
Leiden Sie an Harnverhaltung?				
Leiden Sie an Ödemen?				
Leiden Sie an schwerer Anämie?				
Haben Sie Allergien?				
Haben Sie hohen Blutdruck?				
Hatten Sie schon jemals Blutgerinnsel, Thrombosen?				
Hatten Sie jemals ein Krebsleiden?				
Haben Sie Hernien im Bauchraum (Bruch)?				
Tumor (Geschwulst)?				
Haben Sie Zysten?				
Leiden Sie an Kopfschmerzen?				
Hatten Sie schon mal Parasiten (Würmer)?				
Leiden Sie an Arthritis?				
Leiden Sie an Rückenschmerzen?				
Nehmen Sie Abführmittel?				
Hatten Sie Antibiotika- oder Cortisonbehandlungen?				

Bemerkungen:

Hatten Sie Darm- oder Rektaloperationen (wann)? _____

Haben Sie täglich **Stuhlgang**? ja mehrmals täglich nein, wie oft wöchentlich?.....

Haben Sie **Blähungen**? ja nein

Sind diese vorwiegend übelriechend vorwiegend nicht / kaum riechend

Der Stuhl schwimmt sinkt

Der Stuhl ist kurz lose geformt lang

Welche Farbe hat der Stuhl?

Haben Sie einen regelmässigen Rhythmus der Darmentleerung?

Hatten Sie jemals einen Bariumeinlauf oder eine Koloskopie, falls ja wann?

Haben Sie eine regelmässige Menstruation?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Grosseltern) Krankheiten, die öfter vorkommen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Bluthochdruck, Diabetes, Krebs etc.)? Welche?

Nehmen Sie **Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel** regelmässig oder sporadisch ein? Wenn ja, welche?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben mit Unterschrift und Datum:
