

Histamin-Checkliste

Vorname/Name _____

Ihr Geburtsdatum _____

Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Beschwerden seit

weniger als 4 Wochen
 4 Wochen – 6 Monate
 6 Monate – 1 Jahr
 1 Jahr – 5 Jahre
 „schon immer“ (oder seit ___ Jahren)

Beschwerdehäufigkeit

selten (ca. 1x pro Monat oder weniger)
 öfter (ca. 2x pro Monat – wöchentlich)
 sehr oft (täglich – 2x pro Woche)

Art der Beschwerdesymptomatik

Häufigkeit

Intensität

Bauchschmerzen	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Bauchkrämpfe	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Blähungen/Rumoren	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Durchfall	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Hautausschläge	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Juckreiz	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Fließschnupfen	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Niesreiz	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Augenbrennen	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Schwindel	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Übelkeit	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
starke Müdigkeit	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Migräne	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
andere Beschwerden	nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>	sehr oft <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>

wie _____ -

Evtl. Unverträgliche Lebensmittel

Rotwein <input type="checkbox"/>	Bananen <input type="checkbox"/>	Schokolade <input type="checkbox"/>
Sekt <input type="checkbox"/>	Erdbeeren <input type="checkbox"/>	säurehaltige Lebensmittel (Zitrusfrüchte, Essig) <input type="checkbox"/>
alkoholische Getränke <input type="checkbox"/>	Obstsäfte <input type="checkbox"/>	China-Restaurant-Syndrom (Glutamatunverträgl.) <input type="checkbox"/>
Käse <input type="checkbox"/>	Tomaten <input type="checkbox"/>	sonstige Lebensmittel: _____
Fisch <input type="checkbox"/>	Spinat <input type="checkbox"/>	_____
Meeresfrüchte <input type="checkbox"/>	Auberginen <input type="checkbox"/>	_____
Sauerkraut <input type="checkbox"/>	Fertigprodukte <input type="checkbox"/>	_____
Nüsse <input type="checkbox"/>	Pizza <input type="checkbox"/>	
Ananas <input type="checkbox"/>	Salami <input type="checkbox"/>	