

## 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**

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

wie \_\_\_\_\_ -

### Evtl. Unverträgliche Lebensmittel

Rotwein <input type="checkbox"/>	Bananen <input type="checkbox"/>	Schokolade <input type="checkbox"/>
Sekt <input type="checkbox"/>	Erdbeeren <input type="checkbox"/>	<b>säurehaltige Lebensmittel</b> (Zitrusfrüchte, Essig) <input type="checkbox"/>
alkoholische Getränke <input type="checkbox"/>	Obstsäfte <input type="checkbox"/>	<b>China-Restaurant-Syndrom</b> (Glutamatunverträgl.) <input type="checkbox"/>
Käse <input type="checkbox"/>	Tomaten <input type="checkbox"/>	<b>sonstige</b> <b>Lebensmittel:</b> _____
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"/>	