

**Adr:**

iffi Institut für Nahrungsmittelunverträglichkeiten Ärztegesellschaft mbH  
Oberstrasse 18d, Hamburg 20144

**iffi Faxfragebogen**

Dieser Fragebogen dient der Vorabauswertung bestehender Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Dafür ist es wichtig, dass Sie alle Fragen möglichst genau beantworten. Das Einreichen des Fragebogens ist unverbindlich.

Bitte schicken Sie den Fragebogen entweder

- per Fax an die (+49) 040 / 47 24 15 oder
- per Post an die oben genannte Adresse.

|              |   |             |  |
|--------------|---|-------------|--|
| Vorname      | .....   | Tel.        | .....  |
| Nachname     | .....   | oder Handy  | .....  |
| Straße       | .....   | Email       | .....  |
| PLZ          | .....   | Beruf       | .....  |
| Stadt        | .....   | Körpergröße | .....  |
| Geboren am.. | .....   | Gewicht     | .....  |
| Alter        | .....   | Blutgruppe  |  |
|              |   |             | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> keine Angaben |
| Geschlecht   | <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich |             |  |

**Welche Erkrankungen kommen in der Familie vor?**

|                  |                                 |                                |                                     |                                    |                                      |                                 |
|------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Gicht            | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Schlaganfall     | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Diabetes         | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Allergien        | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Asthma           | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Heuschnupfen     | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Neurodermitis    | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Rheuma           | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Herzinfarkt      | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Migräne          | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Krebs            | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |
| Depressionen     | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Kinder |

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                      | <input type="checkbox"/> Schmerzen               | Fruktoseintoleranz (H2-Test)  |
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen             | <input type="checkbox"/> Rheuma                  | <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input checked="" type="radio"/> keinen |
| <input type="checkbox"/> Migräne                            | <input type="checkbox"/> Gicht                   | Laktoseintoleranz (H2-Test)   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                             | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen         | <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input checked="" type="radio"/> keinen |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz                           | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen         | <input type="checkbox"/> Getreideunverträglichkeit (Gliadin)  |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                      | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen          | <input type="checkbox"/> Histaminunverträglichkeit  |
| <input type="checkbox"/> Urticaria                          | <input type="checkbox"/> Magenkrämpfe            | <input type="checkbox"/> Zöliakie/ -Syndrom   |
| <input type="checkbox"/> Alopecie                           | <input type="checkbox"/> Übelkeit                | <input type="checkbox"/> Zöliakie (gesichert)   |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                       | <input type="checkbox"/> Gallenleiden            | <input type="checkbox"/> Zöliakie-Syndrom   |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte                    | <input type="checkbox"/> Blähungen, Völlegefühl  | <input type="checkbox"/> Multiples Sklerose   |
| <input type="checkbox"/> Akne                               | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe             | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Allergien                          | <input type="checkbox"/> Sodbrennen              | <input type="checkbox"/> Tinnitus   |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                          | <input type="checkbox"/> Pankreatitis            | <input type="checkbox"/> Prostataleiden   |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                | <input type="checkbox"/> Leberschaden            | <input type="checkbox"/> Potenzstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden               | <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I)        | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden   |
| <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen                | <input type="checkbox"/> Altersdiabetes (Typ II) | <input type="checkbox"/> Ängste   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                      | <input type="checkbox"/> Unterzucker             | <input type="checkbox"/> Depressionen   |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen                        | <input type="checkbox"/> Verstopfung             | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen              | <input type="checkbox"/> Durchfälle              | <input type="checkbox"/> Energielosigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche                       | <input type="checkbox"/> Reizdarm                | <input type="checkbox"/> Burnout  |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen des Herzens | <input type="checkbox"/> häufige Infekte         | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                        | <input type="checkbox"/> häufige Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität   |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                        | <input type="checkbox"/> Chronische Sinusitis    | <input type="checkbox"/> ADHS   |
| <input type="checkbox"/> Venenschwäche                      | <input type="checkbox"/> Pilzinfektionen         | <input type="checkbox"/> ADS  |
|   | <input type="checkbox"/> Herpesinfektion         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Hashimoto  |

die Werte des H2-Test (Fruktoseintoleranz) (durch Komma trennen)

.. von dem Institut

die Werte des H2-Test (Laktoseintoleranz ) (durch Komma trennen)

.. von dem Institut

sonstige Erkrankungen

regelmäßige Medikamenteneinnahme

**Wie sieht es mit Ihrem Speichelfluss aus**

- habe eher einen trockenen Mund
- habe einen normalen Speichelfluss
- habe eher einen feuchten Mund
- keine Angabe

**Können Sie Angaben machen zu Ihrer Pupillengröße?**

- habe meistens eher große Pupillen
- habe normalgroße Pupillen
- habe häufig kleine Pupillen
- keine Angabe

**Angaben zum Schlaf**

- kann häufig schlecht einschlafen
- wache nachts häufig auf
- schlafe immer gut ein und auch durch
- stehe morgens fit und tatkräftig auf
- bin eher ein Morgenmuffel, es dauert, bis ich fit bin
- ein Kurzschlaf am Tage bekommt mir besonders gut
- keine Angabe

**Angaben zum Blutdruck**

- habe einen hohen Blutdruck
- habe einen normalen Blutdruck
- habe einen niedrigen Blutdruck
- keine Angabe

**Angaben zur Pulsfrequenz**

- habe eine niedrige Pulsfrequenz in Ruhe (unter 60 pro Minute)
- habe eine normale Pulsfrequenz in Ruhe (60 - 80 pro Minute)
- habe eine hohe Pulsfrequenz in Ruhe (über 80 pro Minute)
- keine Angabe

**Angaben zum Herzen**

- spüre manchmal einen Herzdruck
- habe häufig Herzklopfen
- habe Rhythmusstörungen
- habe eine Herzmuskelschwäche
- keine Angabe

sonstige Herzdiagnosen sind bekannt

**Angaben zur Lunge**

- habe häufig Luftnot
- habe Asthma
- neige zur asthmatischen Bronchitis
- habe ein Lungenemphysem
- keine Angabe

**Frauenleiden**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> neige zu starken Menstruationsblutungen   | <input type="checkbox"/> habe / hatte Eierstockzyste |
| <input type="checkbox"/> habe eine geringe Menstruationsblutung    | <input type="checkbox"/> habe / hatte Brustkrebs     |
| <input type="checkbox"/> die Blutung setzt regelmäßig ein          | <input type="checkbox"/> habe / hatte Myome          |
| <input type="checkbox"/> leide unter unregelmäßigen Blutungen      |  |
| <input type="checkbox"/> neige zu starken Menstruationsbeschwerden |  |
| <input type="checkbox"/> leide unter Wechseljahrsbeschwerden       |  |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe                              |  |

**Angaben zur Blasenfunktion**

- meine Blase funktioniert ohne Beschwerden
- habe häufig einen Hamdrang
- der Harnfluss ist schwächer geworden
- muss nachts zur Toilette und Wasserlassen
- keine Angabe

#### Angaben zum Appetitverhalten

- ich muss ständig essen
- wenn ich anfangen zu essen, bekomme ich immer mehr Hunger
- kann lange ohne Essen auskommen
- keine Angabe

#### Nach dem Essen werde ich

- häufig müde
- wieder fit und leistungsfähig
- häufig unruhig und muss mich bewegen
- manchmal aggressiv
- keine Angabe

#### Bevorzugen Sie eher ...

- süße Speisen
- salzige Speisen
- salzige und fette Speisen
- keine Richtung ist auffällig
- keine Angabe

#### bei Getränken

- Tee
- Kaffee
- Alkohol
- keine Angabe

#### Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- viele kleine
- keine Angabe

#### Wenn bekannt, echte Allergien und Kreuzallergien bitte angeben

#### Nach welchen Lebensmitteln oder Speisen haben Sie Beschwerden?

#### Schreiben Sie bitte auf, was Sie an einem Tag essen

#### Angaben zum Magen

- leide unter Sodbrennen nach dem Essen
- bekomme Sodbrennen, wenn ich mich hinlege
- habe häufig Magenkrämpfe und Übelkeit
- keine Angabe

#### Angaben zum Darm

- habe häufig Verstopfung
- neige zu Durchfällen
- beide Extreme wechseln sich ab
- keine Angabe

#### Angaben zum Gewicht

- habe Übergewicht
- habe Normalgewicht
- habe Untergewicht
- keine Angabe

#### Gewichtsverteilung

- überall gut verteilt
- vorwiegend am Bauch
- vorwiegend Gesäß und Beine
- keine Angabe

**Leiden Sie an einer Essstörung**

- Magersucht
- Bulimie
- nein ich habe keine Essstörung
- keine Angabe

**Rauchen Sie**

- Nein  wenn ja wieviel

**Betreiben Sie Sport**

- bewege mich kaum
- bewege mich viel
- bewege mich normal viel
- keine Angaben

betreibe folgenden Sport regelmäßig

**Angaben zur Stimmungslage**

- bin häufig depressiv
- bin ein fröhlicher Mensch
- bin häufig ängstlich
- lebe sehr zurückgezogen
- bin relativ ausgeglichen
- bin viel unterwegs
- leide unter Dauerstress
- kann gut mit Stress umgehen
- habe extreme Stimmungsschwankungen
- keine Angaben

**Angaben zur Lernfähigkeit**

- kann schnell lernen
- kann mich gut konzentrieren
- kann gut logisch denken
- leide unter Lern- u. Konzentrationsstörungen
- kann mehrere Dinge gleichzeitig erfassen oder erledigen
- habe oft Tageseinbrüche (Müdigkeitsphasen)
- keine Angaben

**Temperaturempfindung**

- ich mag es nicht zu heiß
- ich kann Wärme gut vertragen
- ich reise gerne in den kühlen Norden und in Skigebiete
- ich bevorzuge südliche Länder und Wärme
- ich schwitze leicht
- ich leide unter Nachtschweiß
- keine Angaben

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Internet  eine Empfehlung  einen Arzt  Forum  Soziales Netzwerk

---

**AGB**

Wenn ich diesen Fragebogen dem iffi-Institut zukommen lasse, akzeptiere ich die auf der Webseite genannten AGBs solange, bis ich diese Zustimmung schriftlich widerrufe.