



Dr. med. Markus Pfisterer

Privatarztpraxis
Naturheilverfahren
Akupunktur
Ernährungsmedizin

Name, Vorname, Anschrift, Geb.Dat.

Abschätzung zur Histaminintoleranz

Anamnese:

Histamin-Score:

Beschwerden seit:	<input type="checkbox"/> < 4 Wochen
	<input type="checkbox"/> 4 Wochen – 6 Monate
	<input type="checkbox"/> 6 Monate – 1 Jahr
	<input type="checkbox"/> 1 Jahr – 5 Jahre
	<input type="checkbox"/> „schon immer“ (oder seit Jahren)

Beschwerdehäufigkeit:	<input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> selten (ca. 1 x/Monat oder weniger)
	<input type="checkbox"/> öfter (ca. 2 x/Monat – wöchentlich)
	<input type="checkbox"/> sehr oft (täglich – 2 x Woche)

Art der Beschwerden	Häufigkeit				Intensität (Beschwerdestärke)		
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> 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
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> 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
Blähungen / Rumoren (2 P.)	<input type="checkbox"/> 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
Durchfall (2 P.)	<input type="checkbox"/> 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
Hautausschläge	<input type="checkbox"/> 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
Juckreiz	<input type="checkbox"/> 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
Fließschnupfen, Niesreiz	<input type="checkbox"/> 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
Augenbrennen	<input type="checkbox"/> 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
Schwindel	<input type="checkbox"/> 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
Übelkeit	<input type="checkbox"/> 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
Starke Müdigkeit („bleiern“) (2 P.)	<input type="checkbox"/> 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
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/> 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
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/> 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

Wird vom Behandler ausgefüllt:	Summe	Summe x2	Summe x3	+	Summe	Summe x2	Summe x3	=	Summe A
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Unverträgliche Lebensmittel:

<input type="checkbox"/> Rotwein (3 P.)	<input type="checkbox"/> Käse (3 P.)	<input type="checkbox"/> Bananen (3 P.)
<input type="checkbox"/> Sekt (3 P.)	<input type="checkbox"/> Fisch (3 P.)	<input type="checkbox"/> Erdbeeren (3 P.)
<input type="checkbox"/> andere alkoholische Getränke (3 P.)	<input type="checkbox"/> Meeresfrüchte (3 P.)	<input type="checkbox"/> Obstsäfte (1 P.)
<input type="checkbox"/> Säurehaltige Lebensmittel (Zitrusfrüchte, Essig) (2 P.)	<input type="checkbox"/> Sauerkraut (3 P.)	<input type="checkbox"/> Tomaten (3 P.)
<input type="checkbox"/> China-Restaurant Syndrom (Glutamatunv.) (2 P.)	<input type="checkbox"/> Nüsse (1 P.)	<input type="checkbox"/> Spinat (3 P.)
<input type="checkbox"/> Fertigprodukte (1 P.)	<input type="checkbox"/> Schokolade (2 P.)	<input type="checkbox"/> sonstige LM (1P.)
<input type="checkbox"/> Pizza (3 P.)	<input type="checkbox"/> Ananas (3 P.)	Summe B:
<input type="checkbox"/> Salami (3 P.)	<input type="checkbox"/> Auberginen (3 P.)	Summe A + Summe B = HIT-Score