



## URSACHEN-CHECKLISTE

DIESER FRAGEBOGEN KANN DIR HELFEN DIE URSACHEN DEINER FEHLBESIEDLUNG ZU LOKALISIEREN. DORT WO DU BESONDERS VIELE KREUZE EINGETRAGEN HAST, MUSST DU DIE URSACHEN ADRESSIEREN.

1. BEEINTRÄCHTIGTE MOTILITÄT	JA	NEIN
<b>Traumatische Hirnverletzung</b>		
Hattest Du eine Kopf-/Wirbelsäulenverletzung oder ein Schleudertrauma? (Bitte ankreuzen)		
• Reitunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autounfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fahrradunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sportverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges (Bitte angeben)		
Hast Du schon einmal eine Gehirnerschütterung erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du schon einmal das Bewusstsein verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Dir Dein Steißbein gestoßen oder bist Du auf Dein Steissbein gefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autoimmunität</b>		
Hattest Du eine Lebensmittelvergiftung/Reisedurchfall/Gastroenteritis, die länger als 24 Stunden anhielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Dir ein postinfektiöses Reizdarm-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du an einer Autoimmunerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen in Deiner Familiengeschichte Autoimmunerkrankungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. BEEINTRÄCHTIGTE MOTILITÄT (Fortsetzung)	JA	NEIN
<b>Schilddrüsenerkrankungen</b>		
Wurde bei Dir eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst Du Schilddrüsenmedikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>		
Leidest Du an einem metabolischen Syndrom oder Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionen</b>		
Hast Du häufig Antibiotika eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kindheit (Wofür?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jugendlicher (Wofür?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erwachsener (Wofür?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Dir eine der folgenden Diagnosen gestellt? (Bitte ankreuzen)		
• chronische Müdigkeit (CFS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chronische Viruserkrankungen wie EBV, Herpes, HHV6, Gürtelrose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chronische Borreliose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du nach einem Zeckenstich längere Zeit krank gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schimmelpilztoxizität</b>		
Reagierst Du empfindlich auf Schimmel (Asthma, Sinusprobleme, Hashimoto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du derzeit Schimmel in Deinem Haus/Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du in der Vergangenheit in einem schimmeligen Haus/Wohnung gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein chronisches Entzündungssyndrom (CIRS) diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du an einem Mastzell Aktivierungssyndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hypermobilitätsstörung oder Dysautonomien</b>		
Wurde bei Dir das Ehler-Danlos-Syndrom oder eine Dysautonomie wie das POTS-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. VERDAUUNGSSTÖRUNGEN

JA

NEIN

Gib Deine Antwort auf die folgenden Fragen anhand dieser Skala an:

0 = NEIN / 1 = LEICHT / 2 = MÄSSIG / 3 = SCHWER

Bekommst Du innerhalb 1 Stunde nach dem Essen Aufstoßen oder Blähungen?

Leidest Du unter Sodbrennen, Aufstoßen oder Reflux?

Hast Du Mundgeruch?

Hast Du Probleme Fleisch oder Fette zu verdauen?

Hast Du nach dem Essen oft ein Völlegefühl?

Hast Du Bauchschmerzen oder Krämpfe?

Siehst Du oft unverdaute Nahrung in Deinem Stuhl?

Ist Dein Stuhl oft fettig oder schwer runterzuspülen?

Hat Dein Arzt einen Mangel an Magensäure, ein Gallensäure Verlustsyndrom oder einen Mangel am sekretorischen Immunglobulin A festgestellt?

Wurde in Deiner Stuhlprobe eine Fehlbesiedlung von sulfatreduzierenden Darmbakterien, Methanobrevibacter Smithii oder LPS gefunden?

Leidest Du an Zungenbrennen?

Hattest oder hast Du ein hohes Maß an Stress und/oder Angst?

Bewerte Dein aktuelles Stress-/Angstniveau von 1–10

1 = kein Stress/Angst ; 10 = extremer Stress/Angst

## 3. STRUKTURELLE PROBLEME / BEHINDERTER ABFLUSS

JA

NEIN

Hattest Du in der Vorgeschichte Bauchoperationen? (Bitte relevante Operationen ankreuzen)

• Entfernung des Blinddarms oder Blinddarmdurchbruch

• Entfernung der Gallenblase

• Sonstiges (Bitte notieren)

Hast Du eine Vorgeschichte von gynäkologischen Problemen oder Operationen?

• Entfernung der Gebärmutter

• Bauchspiegelung

• Beckenbodenentzündung

• Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• geplatzte Ovarialzysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wurden bei Dir sogenannte Blind Loops diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wurden bei Dir anatomische Anomalien Deines Verdauungstraktes diagnostiziert, wie z. B. Divertikulitis, gastrointestinale Gefäßerkrankung etc.? Bitte notieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4. MEDIKAMENTE</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
-----------------------	-----------	-------------

Bitte führe hier Medikamente auf, die Du in der Vergangenheit eingenommen hast:

Bitte führe hier Medikamente auf, die Du derzeit einnimmst:

Nimmst Du Medikamente gegen Durchfall ein? Bitte notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nimmst Du Antidepressiva oder Schlafmittel ein? Bitte notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Nimmst Du Opiate oder Betäubungsmittel ein? Bitte notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Nimmst Du Medikamente gegen Spastiken ein? Bitte notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nimmst Du Protonenpumpenhemmer oder Antazida ein? Bitte notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Hattest Du nach einer Corona Impfung eine schwerwiegende Impfreaktion? (Wie z. B. plötzlich auftretendes POTS Syndrom, Mastzell Aktivierung, Herzmuskelentzündung, Thrombose, Neuropathien, Abfall von Bifidobakterien?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Der Inhalt dieses Dokuments dient nur zu Informationszwecken und ist nicht als Ersatz für eine professionelle medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung gedacht. Dieses Dokument stellt keine medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung dar. Wende Dich bei allen Fragen, die Du bezüglich eines medizinischen Problems haben solltest, immer an Deinen Arzt oder einen qualifizierten Gesundheitsdienstleister.



Was auch immer Dich beschäftigt, packen wir es an. Ich ebne Deinen Weg in ein darmgesundes Leben und unterstütze Dich, die Wurzeln Deiner Erkrankungen zu lokalisieren und Lösungen für Deine gesundheitlichen Probleme zu finden.

**Ich freue mich über Deine Anfrage.**

## Termine für Beratungen nach Vereinbarung

Neben den Beratungen in meiner Praxis in Belle biete ich ebenfalls auch Telefonberatungen oder Beratungen über Zoom an.

Für die persönlichen Beratungstermine komme ich auch gerne zu Dir nach Hause, z. B. um Toxine im Haushalt aufzuspüren und Alternativen und Lösungswege bei Dir vor Ort zu finden.

## Hast Du Fragen, Wünsche oder Anregungen?

Schreib mir eine Nachricht über das Kontaktformular meiner Webseite **www.giftarm-leben.de** und hinterlasse mir Deine Telefonnummer und Anschrift.

## Hast Du eine Frage zu meinen Kurse?

- ♥ **10-teiliger Sibo Videokurs:** <https://giftarm-leben.de/produkt/8-teiliger-sibo-imo-video-informationskurs>
- ♥ **Sibo SOS Profikurs:** <https://giftarm-leben.de/produkt/sibo-sos-erfolgsplan>
- ♥ **Das Happy Darm Heimtrainingsprogramm:** <https://giftarm-leben.de/produkt/das-happy-darm-heimtrainingsprogramm>
- ♥ **Vorbereitender Sibo und Reizdarm Workshop:** <https://giftarm-leben.de/produkt/neu-vorbereitender-sibo-workshop-zur-maximalen-erfolgsoptimierung>
- ♥ **SOS-Hilfe bei Mastzell Aktivierung und Schimmelpilz Erkrankungen:** <https://giftarm-leben.de/produkt/sos-hilfe-bei-mastzell-aktivierung>

**Ich freue mich auf Deine Anfrage und freue mich Dir weiter zu helfen.**

## KONTAKT:

mail: [sabine@giftarm-leben.de](mailto:sabine@giftarm-leben.de)

web: <https://www.giftarm-leben.de>

<https://www.facebook.com/sabine.hofele/>

<https://www.youtube.com/@sabinehofele6549>

Herzlichst deine *Sabine*