



URSACHEN-CHECKLISTE-QUIZ

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

1. LECKENDER DARM	JA	NEIN
Folgende Symptome können bei einem leckenden Darm auftreten, bitte ankreuzen.		
Hast du Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du an Energielosigkeit oder Müdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du jahreszeitlich bedingte Allergien, eine multiple Chemikaliensensitivität (Staub, Duftstoffe usw.) oder Allergien gegen Haustiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du an Hautbeschwerden wie Juckreiz, Hautausschlägen, Ekzemen, Rosazea, Akne, Nesselsucht oder Psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat dein Arzt eine Candida-Infektion im Darm festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du an ernährungsbedingten Nährstoffdefizite wie z. B. Defizite an Eisen, Zink, Selen, Mangan, Vitamin B6, Vitamin B12 etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du manchmal Hirnbeschwerden wie Kopfschmerzen, Gehirnnebel, Depressionen, Angstzustände, schlechtes Gedächtnis oder Konzentrationsbeschwerden usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen oder Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du an einer Autoimmunerkrankung wie Hashimoto, Rheumatoide Arthritis, Zöliakie usw. erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du oft unter einer Sinusinfektion oder einer verstopften Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du an Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast du in den letzten 3-5 Jahren häufig Medikamente wie Aspirin, Ibuprofen, Medikamente zur Entzündungshemmung oder Magensäureblocker eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musstest du dich einer Chemotherapie unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du das Gefühl, ständig unter Stress zu stehen oder hast du in den letzten 2 Jahren Phasen mit einem hohem Stresslevel oder ein seelisches Trauma wie z. B. Scheidung, Tod eines geliebten Menschen usw. erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN	JA	NEIN
---	-----------	-------------

Kreuz an welche Lebensmittel verstärkte Symptome wie Blähungen, Völlegefühl usw. bei dir auslösen.		
Gemüse wie Zwiebeln, Frühlingszwiebeln, Lauch, Blumenkohl, Chicoree, Erbsen, Knoblauch, Kohl, Rosenkohl, Sellerie, Spargel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst wie Äpfel, Aprikosen, Avocados, Bananen, Birnen, Brombeeren, Datteln, Nektarinen, Pfirsiche, Pflaumen, Stachelbeeren, Melonen, Kirschen, Mangos, Kakis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide wie Weizen, Dinkel, Gerste, Hirse, Kamut, Roggen, Teff oder glutenhaltige Produkte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte wie Frischkäse, Joghurt, Buttermilch, Kefir, Kuhmilch, Schafsmilch, Ziegenmilch, Sahne, Sauerrahm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getränke wie Fruchtsäfte, Limonaden, Zichorienkaffee, Malzkaffee, lange gezogener Tee, Portwein, Rum, Sherry, Schaumwein, Likör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßungsmittel wie Agavensirup, Fruktosesirup, Honig, Inulin, Sorbit, Xylit (z. B. in zuckerfreien Kaugummis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. BEEINTRÄCHTIGTE DARMPERISTALTIK & MOTILITÄT	JA	NEIN
---	-----------	-------------

Traumatische Hirnverletzung

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"/>
Autoimmunität		
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"/>
Schilddrüsenerkrankungen		
Wurde bei Dir eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst Du Schilddrüsenmedikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes		
Leidest Du an einem metabolischen Syndrom oder Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen		
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"/>

Schimmelpilztoxizität

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"/>

Hypermobilitätsstörung oder Dysautonomien

Wurde bei Dir das Ehler-Danlos-Syndrom oder eine Dysautonomie wie das POTS-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

4. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du unter Sodbrennen, Aufstoßen oder Reflux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Probleme Fleisch oder Fette zu verdauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du nach dem Essen oft ein Völlegefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Bauchschmerzen oder Krämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siehst Du oft unverdaute Nahrung in Deinem Stuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Dein Stuhl oft fettig oder schwer runterzuspülen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Dein Arzt einen Mangel an Magensäure, ein Gallensäure Verlustsyndrom oder einen Mangel am sekretorischen Immunglobulin A festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in Deiner Stuhlprobe eine Fehlbesiedlung von sulfatreduzierenden Darmbakterien, Methanobrevibacter Smithii oder LPS gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du an Zungenbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="text"/>	

5. DARMDYSBIOSE

JA

NEIN

Kreuze Symptome an, die mit einer Darmdysbiose (Parasiten, Candida & pathogenen Darmbakterien) zusammenhängen können

Ist deine Ernährung reich an verarbeiteten Lebensmitteln, Zucker und Getreide?

Hast du häufig Heißhunger auf Süßes oder kohlenhydrathaltige Lebensmittel wie Nudeln, Pommes, Chips etc.?

Ist deine Ernährung arm an Ballaststoffen, bunten Früchten und Gemüse?

Leidest du oft unter Pilzinfektionen wie Nagel-, Fuß- oder Scheidenpilz?

Hat deine Mutter Antibiotika oder Steroide eingenommen, als sie mit dir schwanger war?

Wurdest du per Kaiserschnitt geboren?

Wurdest du weniger als einen Monat gestillt?

Hat dein Mutter eine schlechte Darmgesundheit?

Hat dein Vater eine schlechte Darmgesundheit?

Leidest du unter häufigen Hals-, Nasen- oder Racheninfektionen oder hast du Ohrhörchen getragen?

Hast du eine Chemotherapie erhalten?

Hast du schon einmal Steroidmedikamente (wie z. B. Cortison) für mehr als zwei Wochen benötigt?

Nimmst du mindestens einmal alle 2-4 Jahre Antibiotika ein oder hast du Mehrfach-Antibiotikatherapien in einem kurzen Zeitraum angewendet?

Nimmst du seit mehr als 1 Jahr die Antibabypille ein?

Nimmst du seit mehr als 1 Monat einen Protonenpumpenhemmer/Magensäureblocker ein (wie z. B. Pantoprazol, Lansoprazol oder Omeprazol)?

Leidest du unter Überforderung, Angstzuständen oder Depressionen?

Hast du oft Konzentrationsprobleme, Gehirnnebel oder fühlst du dich benommen?

Leidest du unter einem juckendem Popöchen? 😊

Knirschst du nachts mit den Zähnen?

Leidest du an einem unerklärlichen Hustenreflex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du manchmal plötzlich auftretende Schweißausbrüche, die nicht mit den Wechseljahren in Zusammenhang stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlst du dich häufig hungrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest du unter Hautproblemen wie Ausschlag, Nesselsucht, Rosacea, Ekzemen, Akne, allergischen Reaktionen, Heuschnupfen etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. STRUKTURELLE PROBLEME	JA	NEIN
---------------------------------	-----------	-------------

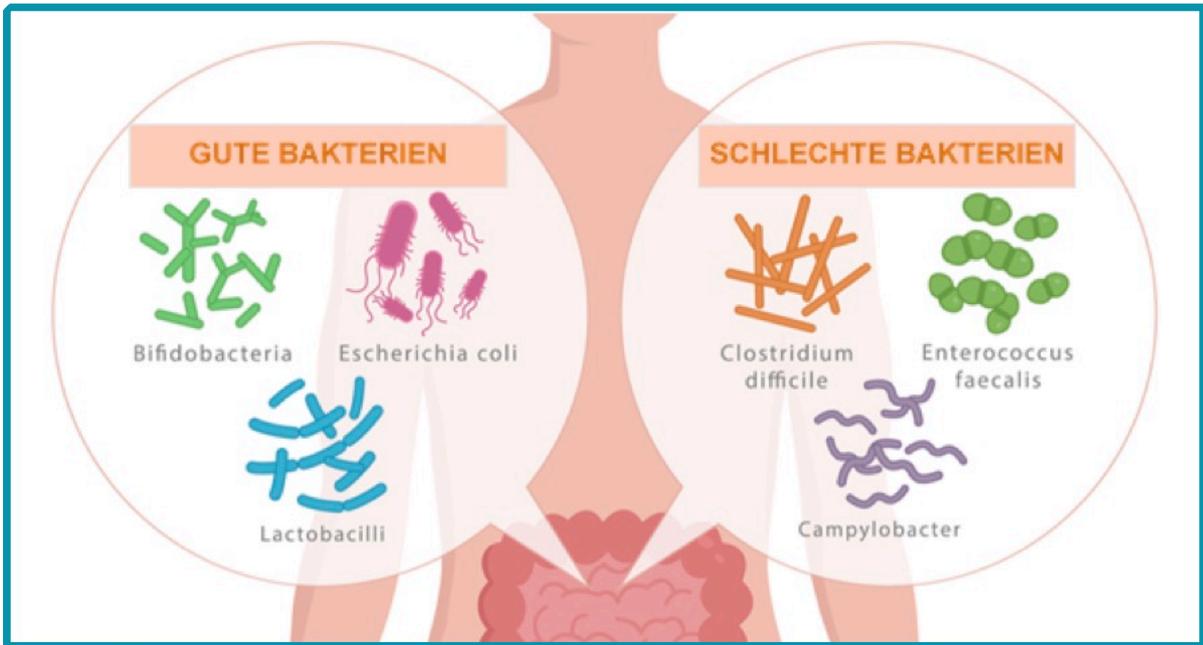
Hattest Du in der Vorgeschichte Bauchoperationen? (Bitte relevante Operationen ankreuzen)		
• Entfernung des Blinddarms oder Blinddarmdurchbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entfernung der Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges (Bitte notieren)		
Hast Du eine Vorgeschichte von gynäkologischen Problemen oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entfernung der Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bauchspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beckenbodenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• geplatzte Ovarialzysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wurden bei Dir übermäßige Darmschlingen 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"/>

7. MEDIKAMENTE	JA	NEIN
-----------------------	-----------	-------------

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.



www.giftarm-leben.de

Hi,


**Ganzheitlich
gesund**

ich bin Sabine und ich helfe dir
gern weiter auf deinem Weg zurück
zur Darmgesundheit.

Lerne von mir, wie ich es geschafft
habe, dass ich heute mein Leben
ohne Darmbeschwerden und in
voller Lebensfreude und Energie
genießen kann.

deine

Sabine



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

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

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

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

Herzlichst deine *Sabine*