

**FMD ARZT –  
FMD-Diagnose – Dokumentation**

Wird in der Ordination während/nach dem FMD-Testen ausgefüllt.

→ Ablage in "Studienkisterl"

**Patient Vor- & NACHNAHME (Blockschrift):** \_\_\_\_\_,

**Patient Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Name Arzt:** \_\_\_\_\_

**FMD-Diagnostik vom Datum** \_\_\_\_\_

FMD-Diagnose, Hinweis auf	Nein	Ja	Spezifischer Therapie Vorschlag	Anmerkung
Candidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parasitose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bakterielle Dysbiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Histamin-Intoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fructose-Malabsorption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Milch -Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lactose-Intoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Störfelder, Narben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		