



## Fragebogen Reflux Patient - ELBLANDKLINIKUM Radebeul

Patientenetikett

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen mit Ihren Beschwerden besser in Zusammenhang bringen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Beachten Sie, dass sich die Fragen dabei auf Ihren aktuellen Zustand bzw. auf akut vorhandene Beschwerden beziehen.

Vielen Dank!

### **Teil A: Anamnese**

**Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Sodbrennen/ Reflux (z.B. Omeprazol, Pantozol) ein?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ mg  
 1 x täglich  2 x täglich  bei Bedarf  
 Nein, Pause seit \_\_\_\_\_ Tagen

**Nehmen Sie weitere Medikamente ein?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Sind Sie bereits an der Speiseröhre oder am Magen operiert worden?**

- Ja Wann? \_\_\_\_\_ Art der Operation: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Wurde Ihnen schon einmal BoTox während einer Magenspiegelung in der Speiseröhre gespritzt?**

- Ja Wann? \_\_\_\_Wie häufig? \_\_\_\_mal  
Besserung der Symptome für \_\_\_\_Wochen/ Monate/ Jahre  
 Nein

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Dehnung der Speiseröhre durchgeführt?**

- Ja Wann? \_\_\_\_Wie häufig? \_\_\_\_mal Besserung der Symptome für \_\_\_\_Wochen/ Monate/ Jahre  
 Nein

**Wurde der Bogen unter Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen aufgefüllt?**

- Ja  
 Nein



## Fragebogen Reflux Patient - ELBLANDKLINIKUM Radebeul

### Teil B: GERD-HRQL\* (GERD = gastroösophageale Refluxerkrankung)

Bitte prüfen Sie die Zahlenbeurteilung Ihrer GERD-Symptome anhand der nachstehender Punkteskala. Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an.

Punkteskala					
0 = keine Symptome	1 = erkennbare, aber nicht störende Symptome	2 = erkennbare und störende Symptome, nicht jeden Tag	3 = Täglich störende Symptome	4 = Symptome mit Auswirkung auf die tägliche Aktivität	5 = behindernde Symptome, keine Aktivität möglich

1. Wie schlimm ist Ihr Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Sodbrennen beim Hinlegen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sodbrennen beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sodbrennen nach den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Verändert das Sodbrennen Ihre Lebensgewohnheiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Weckt Sie das Sodbrennen im Schlaf?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Haben Sie Blähungen oder Völlegefühl?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Wirkt sich die Einnahme von Medikamenten auf Ihr tägliches Leben aus?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zusammenfassung GERD-HRQL: _____						

### Teil C: GERD-assoziierte Symptome (unspezifisch)

#### Regurgitation (Wiederhochbringen von Nahrung/ Flüssigkeiten)

- Nein
- Mild – nach Anstrengung oder großen Mahlzeiten
- Moderat – Vorhersagbar mit Lageveränderung, Anstrengung oder beim Hinlegen
- Stark – ständig, teilweise mit Anatmen der Flüssigkeit/ Nahrung

\_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat  bei jeder Mahlzeit

#### Art der Regurgitation

- Keine
- Saure Flüssigkeit
- Bittere Flüssigkeit
- Sauer und Bitter
- Nahrung
- Andere

#### Gewichtsverlust

- Ja, \_\_\_\_\_ kg in den vergangenen \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein



## Fragebogen Reflux Patient - ELBLANDKLINIKUM Radebeul

### Atemwegssymptome (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                  | <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Bronchitis       |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrender Husten | <input type="checkbox"/> Stimmveränderungen (Heiserkeit) |
| <input type="checkbox"/> Nächtlicher Husten     | <input type="checkbox"/> Asthma                          |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____          | <input type="checkbox"/> Räuspern                        |

### Schwierigkeiten beim Schlucken

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                            | <input type="checkbox"/> Stark – nur weiche/ flüssige Kost möglich   |
| <input type="checkbox"/> Benötige Wasser zum Runterspülen | <input type="checkbox"/> Gelegentlich beim Essen für wenige Sekunden |
| <input type="checkbox"/> Nur Flüssiges ist möglich        |  |

\_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat  bei jeder Mahlzeit

### Wo bleibt die Nahrung subjektiv stecken?

- Nirgends  Rachen  Speiseröhre (Brustkorb)

### Schmerzen beim Schlucken

- Ja, \_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat  Nein

### Schmerzen (allgemein)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine               | <input type="checkbox"/> Unterbauch |
| <input type="checkbox"/> Oberhalb des Magens | <input type="checkbox"/> Diffus     |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch           |                                     |

\_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat

Abhängig von:  Mahlzeiten  Nachts (liegend)  Andere: \_\_\_\_\_

Stärke:  minimal  moderat  stark

### Übelkeit/ Erbrechen

- Keine
- Gelegentlich Übelkeit
- Häufige und lange Phasen von Übelkeit, aber kein Erbrechen
- Kontinuierliche Übelkeit und häufiges Erbrechen

\_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat

### Fähigkeit zu Erbrechen

- Ja  Nein  kein Grund zu erbrechen

### Fähigkeit Aufzustoßen („Rülpsen“)

- Ja  Nein

### Gebälhtes Gefühl

- Nein  Gelegentlich  Häufig  Ständig

### Blähungen

- Nein  Gelegentlich  Häufig  Ständig

### Stuhlgang

- Normal  Verstopfung  Durchfall  Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall

\_\_\_\_\_ mal pro:  Tag  Woche  Monat



## Fragebogen Reflux Patient - ELBLANDKLINIKUM Radebeul

### Teil D:

**Folgende Fragen beziehen sich auf das unmittelbare Ergebnis nach einer Operation oder endoskopischen Therapie (nur ankreuzen, falls zutreffend)**

#### **Zufriedenheit mit der Operation/ Dehnung**

zufrieden     neutral     unzufrieden

In Prozent: \_\_\_\_\_ %

#### **Würden Sie sich wieder operieren lassen?**

Ja     nein

#### **Würden Sie einen Freund mit gleichen Symptomen die OP empfehlen?**

Ja     nein

#### **Wie haben sich Ihre Symptome nach der Operation/ Dilatation verbessert?**

(0% - überhaupt keine Besserung; 100% Symptom ist komplett verschwunden)

Sodbrennen                       Schluckbeschwerden  
 Regurgitation                     (Brust-)Schmerzen