



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