

# VOR DER OPERATION: PATIENTENFRAGEBOGEN

*Vom Patienten auszufüllen, während er GERD-Medikamente einnimmt*

1. Datum, zu dem Sie dieses Formular ausfüllen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  

Tag      Monat      Jahr
2. Wurde dieser Fragebogen während der Einnahme von Reflux-Medikamenten ausgefüllt?  
 Ja       Nein

## Demographische Angaben

3. Geburtsdatum \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Name: \_\_\_\_\_  

Tag      Monat      Jahr
4. Geschlecht:     Männlich     Weiblich

## GERD-HRQL

Bitte vergeben Sie eine numerische Beurteilung Ihrer Reflux-Symptome anhand der nachstehenden Punktezahl. Kreuzen Sie bei jeder Frage nur ein Kästchen an.

Punkteskala					
0 = Keine Symptome	1 = Erkennbare, aber nicht störende Symptome	2 = Erkennbare und störende Symptome, aber nicht jeden Tag	3 = Täglich störende Symptome	4 = Symptome wirken sich auf die täglichen Aktivitäten aus	5 = Die Symptome behindern – keine Aktivitäten 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 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 Ernährungsgewohnheiten?	<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 aus dem Schlaf auf?	<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 beim Schlucken Schmerzen?	<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 Ihre 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

wird vom Krankenhaus ausgefüllt

**Zusammenfassung GERD-HRQL:** \_\_\_\_\_

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand?

Zufrieden

Neutral

Unzufrieden

**- Bitte Rückseite beachten! -**

## Symptome in Verbindung mit Reflux

1. Aufsteigen von Speisebrei/Magensäure:  
 Keine

Leicht – Nach Anstrengung und/oder ausgedehnten Mahlzeiten

Mäßig – Vorhersehbar bei Positionsveränderung, Anstrengung oder beim Hinlegen

Schwer – Ständige Regurgitation, die Husten oder Würgen verursacht.

\_\_\_\_\_ Mal pro  Tag  Woche  Monat

2. Atemwegsprobleme  Keine  Asthma

(alles Zutreffende ankreuzen)

Wiederkehrender Husten  Stimmänderung

Nächtlicher Husten  Lungenentzündung/Bronchitis

3. Fähigkeit aufzustoßen:  Ja  Nein

4. Fähigkeit zu erbrechen:  Ja  Nein  Keine Notwendigkeit zu erbrechen

5. Stört der Reflux Ihren Schlaf?  Nein  Ja

Wenn ja, wie oft stört der Reflux Ihren Schlaf? \_\_\_\_\_ Mal pro Woche

Wenn ja, wie stört der Reflux Ihren Schlaf? **Alles Zutreffende ankreuzen**

Sodbrennen/Schmerzen

Husten

Würgen

Kann vor dem Schlafengehen nicht essen

Schläfe mit erhöhtem Kopfkissen oder Kopfende des Bettes

Kann in den meisten Nächten nicht in einem normalen Bett schlafen (Lehnsessel)

## Grund für eine Reflux-Operation

1. Was ist der Hauptgrund für Ihre Entscheidung, sich wegen Ihrer Reflux-Symptome (Sodbrennen, Regurgitation, Husten usw.), die trotz der medikamentösen Behandlung weiter bestehen, einer Operation zu unterziehen?

*Kreuzen Sie nur eine Antwort an*

- Die Medikamente gegen Säurerückfluss haben bei mir wesentliche Nebenwirkungen (Blähungen, Kopfschmerzen usw.).
- Meine Reflux-bezogenen Symptome stören meine alltäglichen Tätigkeiten.
- Meine Reflux-Symptome verschlimmern sich trotz der Einnahme meiner Medikamente wie verschrieben.
- Ich habe weitere Reflux-Symptome entwickelt (Husten, Asthma, Aufsteigen der Magensäure usw.).
- Meine Reflux-Symptome stören meinen Schlaf bzw. wirken sich auf die Qualität meines Schlafs aus.
- Meine Reflux-Symptome schränken meine Arbeitsfähigkeit bzw. meine Produktivität bei der Arbeit ein.

2. Was ist der zweitwichtigste Grund für Ihre Entscheidung, sich wegen Ihrer Reflux-Symptome (Sodbrennen, Regurgitation, Husten usw.), die trotz der medikamentösen Behandlung weiter bestehen, einer Operation zu unterziehen?

*Kreuzen Sie nur eine Antwort an*

- Die Medikamente gegen Säurerückfluss haben bei mir bedeutende Nebenwirkungen (Blähungen, Kopfschmerzen usw.).
- Meine Reflux-Symptome sind so schwer, dass sie meine täglichen Aktivitäten beeinträchtigen.
- Meine Reflux-Symptome verschlimmern sich trotz der Einnahme meiner Medikamente wie verschrieben.
- Ich habe weitere Reflux-Symptome entwickelt (Husten, Asthma, Aufsteigen der Magensäure usw.).
- Meine Reflux-Symptome stören meinen Schlaf bzw. wirken sich auf die Qualität meines Schlafs aus.
- Meine Reflux-Symptome schränken meine Arbeitsfähigkeit bzw. meine Produktivität bei der Arbeit ein.

3. Was ist der Hauptgrund für Ihre Wahl eines bestimmten Verfahrens gegen Reflux?

*Kreuzen Sie nur eine Antwort an*

- Das Verfahren kann rückgängig gemacht werden
- Das Verfahren erscheint weniger invasiv
- Das Verfahren scheint weniger Nebenwirkungen zu haben
- Bei dem Verfahren ist kein implantiertes Gerät notwendig
- Meine Versicherungsdeckung hat meine Wahl beeinflusst
- Mein Chirurg hat meine Wahl beeinflusst
- Das Verfahren ist mit umfassender klinischer Erfahrung etabliert.