

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.