

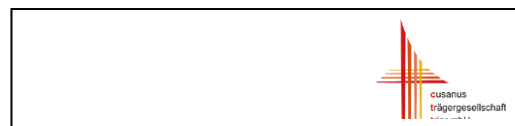
Name, Vorname:

Krankenkasse

Geb. Datum:

Telefonnummer:

Adresse:



St.-Clemens-Hospital Geldern
Clemensstr. 6
47608 Geldern

Refluxzentrum

Dr. med. Susanne Born
reflux@clemens-hospital.de
Tel. 02831 – 390 2624

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

um Ihre Beschwerden mit Ihren Untersuchungsergebnissen (Röntgen, Manometrie, pH Metrie, Endoskopie) besser verbinden zu können, bitten wir Sie vorab den Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. **Alle Fragen beziehen sich auf den aktuellen Zustand – also so wie die Beschwerden sich zum heutigen Zeitpunkt äußern!**

Sollten Fragen offenbleiben, können Sie diese im späteren Gespräch mit dem Arzt ergänzen.

Datum:

Hausarzt: Dr.

Ort:

Gastroenterologe/ Zuweisender Arzt: Dr.

Ort:

Ihre aktuelle **Größe** cm und **Gewicht** kg

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

☐ Ja ☐ Nein, Pause seit Tagen

wenn **JA**, welche: ; mg ☐ 1x täglich ☐ 2x täglich ☐ bei Bedarf

Sind Sie bereits an der Speiseröhre/ Magen **operiert worden**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn **JA**, wann: und Art der Operation

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

☐ Nein ☐ Ja, insgesamt Mal und wann

Besserung der Symptome für Wochen/ Monate/ Jahre

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

☐ Nein ☐ Ja, insgesamt Mal und wann

Besserung der Symptome für Wochen/ Monate/ Jahre

GERD-HRQL*

0 = nicht zutreffend

1 = Symptom vorhanden,
aber nicht störend

2 = Symptom vorhanden, störend, aber nicht
jeden Tag

3 = Symptom störend jeden Tag

4 = Symptom beeinträchtigend bei täglicher
Aktivität

5 = Symptome behindern bei jeglicher
Aktivität

	0	1	2	3	4	5
1. Wie schlimm ist Ihr Sodbrennen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sodbrennen im Liegen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sodbrennen im Stehen/ Aufrecht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sodbrennen nach Mahlzeiten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ändert Sodbrennen ihr Essensgewohnheiten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wachen Sie vom Sodbrennen auf?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Schwierigkeiten beim Schlucken?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Fühlen Sie sich gebläht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Beeinträchtigt die Einnahme von Medikamenten Ihr tägliches Leben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Wie Zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Zustand?	☐ Zufrieden	☐ Neutral	☐ Unzufrieden
---	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

* V. Velanovich. Comparison of generic (SF-36) vs. disease-specific (GERD-HRQL) quality-of-life scales for gastroesophageal reflux disease. J Gastrointest Surg 1998; 2: 141-5

V. Velanovich. The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. Dis Esophagus 2007; 20: 130-4

Symptom-bezogener Fragebogen – Oberer GI-Trakt

Wählen Sie folgende Symptome die bei Ihnen zutreffen:

0 Kein Symptom 1 Sodbrennen 2 Schwierigkeiten beim Schlucken (Dysphagie) 3 Regurgitation (Wiederhochbringen von Nahrung/ Flüssigkeiten) 4 Brustschmerzen	5 Oberbauchschmerzen 6 Husten 7 Übelkeit 8 Asthma 9 Andere:
---	---

Wobei das **stärkste Symptom** ist und seit (Jahren) und (Monaten) besteht.

Wobei das **Zweit-stärkste Symptom** ist und seit (Jahren) und (Monaten) besteht.

Wobei das **Dritt-stärkste Symptom** ist und seit (Jahren) und (Monaten) besteht.

<u>Sodbrennen</u>	☐ Nein ☐ Minimal – gelegentliche Episoden ☐ Moderat – Störend ☐ Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität	
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat	
Zusammenhang mit: (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)	☐ Nichts ☐ Süßigkeiten ☐ Zuckerhaltige Getränke ☐ Alkohol ☐ Rauchen	☐ Kaffee ☐ Fetthaltiges Essen ☐ Würziges Essen ☐ Andere
<u>Brustschmerzen</u>	☐ Nein ☐ Minimal – gelegentliche Episoden ☐ Moderat – Störend ☐ Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität	
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat bei jeder Mahlzeit	
<u>Regurgitation</u> (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

<u>Gewichtsverlust</u>	☐ Nein Ja: kg in den vergangenen Monaten	
<u>Atemwegssymptome</u> (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)	☐ Keine ☐ Wiederkehrender Husten ☐ Nächtlicher Husten Wiederkehrende Bronchitis	☐ Asthma ☐ Stimmveränderungen (Heiserkeit) ☐ Andere
<u>Schwierigkeiten beim Schlucken</u>	☐ Keine ☐ Gelegentlich beim Essen für wenige Sekunden ☐ Benötige Wasser zum Runterspielen ☐ Stark – nur weiche oder flüssige Kost sind möglich Nur Flüssiges ist möglich	
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat Bei jeder Mahlzeit	
Wo bleibt es subjektiv stecken	☐ Nirgends ☐ Rachen ☐ Speiseröhre (Brustkorb)	
<u>Schmerzen beim Schlucken</u>	☐ Nein Ja	
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat	
<u>Schmerzen (allgemein)</u>	☐ Keine ☐ Oberhalb des Magens ☐ Oberbauch ☐ Unterbauch ☐ Diffus	
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat	
Abhängig von	☐ Mahlzeiten ☐ Nachts (liegend) ☐ Andere	
Stärke	☐ Minimal ☐ Moderat ☐ Stark	
<u>Übelkeit/ Erbrechen</u>	☐ 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 für Erbrechen	
<u>Aufstoßen ("Rülpfen")</u>	☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Häufig ☐ Ständig	
Fähigkeit des Aufstoßens	☐ Ja ☐ Nein	

<u>Geblähtes Gefühl</u>	☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Häufig ☐ Ständig
<u>Blähungen</u>	☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Häufig ☐ Ständig
<u>Stuhlgang</u>	☐ Normal ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall
Mal pro	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat

Folgende Fragen beziehen sich auf das unmittelbare Ergebnis nach einer Operation oder endoskopischen Therapie (z.B. Dilatation)

Zufriedenheit	☐ Zufrieden	☐ Neutral	☐ Unzufrieden
Operation/ Dilatation			
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:	%