



Chirurgische Klinik mit Poliklinik
Direktor:
Prof. Dr. med. Robert Grützmann, MBA

Refluxsprechstunde
PD Dr. med. habil. C. Krautz

Telefon: 09131 85-35879
Fax: 09131 85-35880
E-Mail: adipositaszentrum@uk-erlangen.de
Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen
Eingang Maximiliansplatz

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: _____ Nein, Pause seit _____ Tagen

Dosis: _____ mg

1 x täglich 2 x täglich bei Bedarf

Nehmen Sie weitere Medikamente ein?

Ja, und zwar: _____

Nein

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

Ja Nein

Wann? _____

Art der Operation: _____

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 Nein

Wann? _____

Wie häufig? _____ mal

Besserung der Symptome für _____ Wochen/ Monate/ Jahre

Wurde der Bogen unter Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen aufgefüllt?

Ja Nein

Teil B: GERD-HRQL*

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

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

1. Wie schlimm ist Ihr Sodbrennen?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. Sodbrennen beim Hinlegen?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. Sodbrennen beim Aufstehen?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
4. Sodbrennen nach den Mahlzeiten?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
5. Verändert das Sodbrennen Ihre Lebensgewohnheiten?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
6. Weckt Sie das Sodbrennen im Schlaf?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
8. Haben Sie Blähungen oder Völlegefühl?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
9. Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
10. Wirkt sich die Einnahme von Medikamenten auf Ihr tägliches Leben aus?	□ 0	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 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 Anathmen der Flüssigkeit/ Nahrung

___ mal pro: Tag Monat
 Woche bei jeder Mahlzeit

Art der Regurgitation

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

Gewichtsverlust

- Ja, _____ kg in den vergangenen ___ Monaten
- Nein

Atemwegssymptome (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)

- Keine
- Wiederkehrender Husten
- Nächtlicher Husten
- Wiederkehrende Bronchitis
- Asthma
- Stimmveränderungen (Heiserkeit)
- Andere: _____

Schwierigkeiten beim Schlucken

- Keine
- Gelegentlich beim Essen für wenige Sekunden
- Benötige Wasser zum Runterspülen
- Stark – nur weiche/ flüssige Kost möglich
- Nur Flüssiges ist möglich

___ mal pro: Tag Monat
 Woche 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)

- Keine
- Oberhalb des Magens
- Oberbauch
- Unterbauch
- Diffus

___ mal pro: Tag Abhängig von: Mahlzeiten Stärke: minimal
 Woche Nachts (liegend) moderat
 Monat Andere: _____ 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 („Rülpfen“)**

- Ja Nein

Gebälhtes Gefühl

- Nein Gelegentlich Häufig Ständig

Blähungen

- Nein Gelegentlich Häufig Ständig

Stuhlgang

- Normal Durchfall
- Verstopfung Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall

___ mal pro: Tag Woche Monat

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

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen **vor** Ihrem Termin in unserer Refluxsprechstunde per E-Mail an adipositaszentrum@uk-erlangen.de oder postalisch an

Chirurgisches Zentrum
Ernährungsteam
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

oder bringen Sie das ausgefüllte Formular zur Ihrem Sprechstundentermin mit.

Vielen Dank! Für Fragen erreichen Sie uns unter **09131 85-35879**.