

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: _____ ☐ Nein, Pause seit _____ Tagen

Dosis: _____ mg ☐ 1x täglich ☐ 2x täglich ☐ 3x täglich

Haben sich Ihre Beschwerden dadurch verbessert?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie weitere Medikamente ein?

☐ Ja, und zwar: _____

☐ Nein

Angabe zu Körpergewicht und -größe:

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ m

Kam es in den letzten Wochen/ Monaten zu einem Gewichtsverlust?

☐ Ja, _____ kg in den vergangenen _____ Monaten ☐ Nein

Rauchen Sie?

☐ Ja, _____ Zigaretten am Tag ☐ 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 ausgefüllt?
☐ Ja ☐ Nein
Teil B: GERD-HRQL*

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?	☐ 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 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

Atemwegssymptome (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)

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

Schwierigkeiten beim Schlucken

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

_____ 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 | ☐ Unterbauch |
| ☐ Oberhalb des Magens | ☐ Diffus |
| ☐ Oberbauch | |

_____ 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 („Rülpsen“)**

☐ 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 sekretariat.allgemeinchirurgie.rei@kliniken-sob.de oder postalisch an

Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
z.Hd. Fr. Lina Paulenz
Riedelstr. 5
83435 Bad Reichenhall

oder bringen Sie das ausgefüllte Formular zur Ihrem Sprechstundentermin mit.

Vielen Dank! Für Fragen erreichen Sie uns unter 08651 - 772 501