

Patientenetikett
Name, Vorname:
Geb. Datum:
Adresse:

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 offen bleiben, 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 einma **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

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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	5 Oberbauchschmerzen
1 Sodbrennen	6 Husten
2 Schwierigkeiten beim Schlucken (Dysphagie)	7 Übelkeit
3 Regurgitation (Wiederhochbringen von Nahrung/ Flüssigkeiten)	8 Asthma
4 Brustschmerzen	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.

<b><u>Sodbrennen</u></b>	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	
<b><u>Brustschmerzen</u></b>	Nein Minimal – gelegentliche Episoden Moderat – Störend Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität		
Mal pro	Tag Woche Monat bei jeder Mahlzeit		
<b><u>Regurgitation</u></b> (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 Woche Monat bei jeder Mahlzeit		
Art der Regurgitation	Keine Saure Flüssigkeit Bittere Flüssigkeit	Sauer und Bitter Nahrung Andere	

<b><u>Gewichtsverlust</u></b>	Nein Ja:           kg in den vergangenen           Monaten
<b><u>Atemwegssymptome</u></b> (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)	Keine Wiederkehrender Husten Nächtlicher Husten Wiederkehrende Bronchitis Asthma Stimmveränderungen (Heiserkeit) Andere
<b><u>Schwierigkeiten beim Schlucken</u></b>	Keine Gelegentlich beim Essen für wenige Sekunden Benötige Wasser zum Runterspülen 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)
<b><u>Schmerzen beim Schlucken</u></b>	Nein Ja
Mal pro	Tag Woche Monat
<b><u>Schmerzen (allgemein)</u></b>	Keine Oberhalb des Magens Oberbauch Unterbauch Diffus
Mal pro	Tag Woche Monat
Abhängig von	Mahlzeiten Nachts (liegend) Andere
Stärke	Minimal Moderat Stark
<b><u>Übelkeit/ Erbrechen</u></b>	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
<b><u>Aufstoßen ("Rülpsen")</u></b>	Nein Gelegentlich Häufig Ständig
Fähigkeit des Aufstoßens	Ja Nein

<b><u>Geblähtes Gefühl</u></b>	Nein Gelegentlich Häufig Ständig
<b><u>Blähungen</u></b>	Nein Gelegentlich Häufig Ständig
<b><u>Stuhlgang</u></b>	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)

<b>Zufriedenheit</b>	Zufrieden	Neutral	Unzufrieden
Operation/ Dilatation			
<b>In Prozent:</b>	%		

<b>Würden Sie sich wieder operieren lassen?</b>	Ja	Nein
---	----	------

<b>Würden Sie einen Freund mit gleichen Symptomen die OP empfehlen?</b>	Ja	Nein
---	----	------

<b>Wie haben sich Ihre Symptome nach der Operation/ Dilatation verbessert?</b> (0% - überhaupt keine Besserung; 100% Symptom ist komplett verschwunden)			
<b>Sodbrennen:</b>	%	<b>Schluckbeschwerden:</b>	%
<b>Regurgitation:</b>	%	<b>(Brust-) Schmerzen:</b>	%

