



Patientenetikett

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

Refluxsprechstunde  
PD Dr. med. habil. C. Krautz, MHBA

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  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?	<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 den 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 Lebensgewohnheiten?	<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 im Schlaf?	<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 Schmerzen beim Schlucken?	<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 die Einnahme von Medikamenten auf Ihr 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
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  Sauer und Bitter
- Saure Flüssigkeit  Nahrung
- Bittere Flüssigkeit  Andere

**Atemwegssymptome** (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                     | <input type="checkbox"/> Asthma                          |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrender Husten    | <input type="checkbox"/> Stimmveränderungen (Heiserkeit) |
| <input type="checkbox"/> Nächtlicher Husten        | <input type="checkbox"/> Andere: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Bronchitis |  |

**Schwierigkeiten beim Schlucken**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                                       | <input type="checkbox"/> Stark – nur weiche/ flüssige Kost möglich |
| <input type="checkbox"/> Gelegentlich beim Essen für wenige Sekunden | <input type="checkbox"/> Nur Flüssiges ist möglich                 |
| <input type="checkbox"/> Benötige Wasser zum Runterspülen            |  |

- |              |                                |   |
|--------------|--------------------------------|---|
| ___ mal pro: | <input type="checkbox"/> Tag   | <input type="checkbox"/> Monat              |
|              | <input type="checkbox"/> Woche | <input type="checkbox"/> 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)**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine               | <input type="checkbox"/> Unterbauch |
| <input type="checkbox"/> Oberhalb des Magens | <input type="checkbox"/> Diffus     |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch           |                                     |

- |              |                                |               |   |         |                                  |
|--------------|--------------------------------|---------------|---|---------|----------------------------------|
| ___ mal pro: | <input type="checkbox"/> Tag   | Abhängig von: | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten       | Stärke: | <input type="checkbox"/> minimal |
|              | <input type="checkbox"/> Woche |               | <input type="checkbox"/> Nachts (liegend) |         | <input type="checkbox"/> moderat |
|              | <input type="checkbox"/> Monat |               | <input type="checkbox"/> Andere: _____    |         | <input type="checkbox"/> 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 [adipositaszentrum@uk-erlangen.de](mailto: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**.