



Patientenetikett

Chirurgische Klinik
Refluxsprechstunde
PD Dr. med. Christian Krautz

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

Datum: _____

Symptombezogener Fragebogen – Oberer Verdauungstrakt

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!

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 Symptom Nr. ____ das **stärkste Symptom** ist und seit ____ Jahren besteht.

Wobei Symptom Nr. ____ das **Zweitstärkste Symptom** ist und seit ____ Jahren besteht.

Wobei Symptom Nr. ____ das **Drittstärkste Symptom** ist und seit ____ Jahren besteht.

Sodbrennen

Nein

Minimal – gelegentliche Episoden

Moderat – Störend

Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität

_____ mal pro:

Tag

Woche

Monat

Sodbrennen tritt auf in Zusammenhang mit (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nichts/ unklar | <input type="checkbox"/> Rauchen (____ Zig/ Tag) |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Zuckerhaltige Getränke | <input type="checkbox"/> Fetthaltiges Essen |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Würziges Essen |

Brustschmerzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Minimal – gelegentliche Episoden | ____ mal pro: |
| <input type="checkbox"/> Moderat – Störend | <input type="checkbox"/> Tag |
| <input type="checkbox"/> Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität | <input type="checkbox"/> Woche |
| | <input type="checkbox"/> Monat |
| | <input type="checkbox"/> nach jeder Mahlzeit |

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: | <input type="checkbox"/> Tag | <input type="checkbox"/> Monat |
| | <input type="checkbox"/> Woche | <input type="checkbox"/> bei jeder Mahlzeit |

Art der Regurgitation

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Sauer und Bitter |
| <input type="checkbox"/> Saure Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> Nahrung |
| <input type="checkbox"/> Bittere Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> Andere |

Gewichtsverlust

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

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

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)

Keine Unterbauch
 Oberhalb des Magens Diffus
 Oberbauch

____ mal pro: Tag Woche Monat
Abhängig von: Mahlzeiten Nachts (liegend) Andere: _____
Stärke: minimal moderat 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

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

Chirurgische Klinik
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**.