

## Anamnese Fragebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

um Ihre Behandlung in unserem Zentrum möglichst qualitativ hochwertig zu gestalten, benötigen wir möglichst genaue Informationen zu Ihrer Person, um unsere Beratung optimal gestalten zu können. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und leserlich aus und bringen diesen zu Ihrem Termin mit in unsere Sprechstunde. Bitte bringen Sie weiterhin alle medizinischen Befunde mit, die Ihnen bereits vorliegen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_ Größe (in cm) \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen

Medikamente

Haben Sie Schlafapnoe? Ja Nein

Falls Ja: Benötigen Sie eine CPAP-Maske Ja Nein

Voroperationen (mit Datum)

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja, Anzahl/Tag \_\_\_\_\_ Nein

## Fragebogen Refluxbeschwerden

Dieser Fragenbogen dient zur genaueren Einordnung ihrer Beschwerden.

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die am ehesten zutreffende Antwort an. Bei einigen Fragen können auch mehrere Antworten angekreuzt bzw. ausgefüllt werden. Sollten Sie zu einzelnen Fragen keine Angaben machen wollen, bitten wir, diese frei zu lassen.

1. Sind Sie bereits wegen Sodbrennen / Aufstoßen behandelt worden? Ja       Nein   
 Wenn ja, wie?

OP (siehe Fragen am Ende)

Pantoprazol / Omeprazol / Esomeprazol      Zeitraum \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

2. Haben Sie Beschwerden durch Sodbrennen / Aufstoßen?

keine

gering / gelegentlich

mäßig / Hauptbeschwerde

schwer / beeinträchtigt das tägliche Leben

Wie oft treten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_ Mal pro Monat

3. Tritt das Sodbrennen nach Genuss von einem oder mehreren Lebensmitteln auf?

keine      Kaffee      Süßigkeiten      fettreiche Lebensmittel

Getränke mit Kohlensäure      scharfe Lebensmittel      Alkohol      Rauchen

Andere \_\_\_\_\_

4. Haben oder hatten Sie Schmerzen in der Brust?

keine

gering / gelegentlich

mäßig / Hauptbeschwerde

schwer / beeinträchtigt das tägliche Leben

Falls ja, wie oft treten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, wie intensiv empfinden Sie den Schmerz?



0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

## Fragebogen Refluxbeschwerden

### 5. Stehen Ihre Beschwerden in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?

nein

Mahlzeiten

liegende Position / nachts

Andere \_\_\_\_\_

### 6. Haben oder hatten Sie Hochwürgen von Nahrung/Flüssigkeit („Regurgitation“)?

keine

mild / nach Anstrengung oder großen Mahlzeiten

mäßig / vorhersehbar bei Positionsänderung, Anstrengung oder im Liegen

schwer / andauernde Regurgitation, Verschlucken von Mageninhalt

Falls ja, wie oft traten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag

\_\_\_ Mal pro Woche

\_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, um welche Bestandteile handelte es sich dabei?

saure Flüssigkeit

bittere Flüssigkeit

saure und bittere Flüssigkeit

Nahrung

Anderes \_\_\_\_\_

### 7. Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Atmen?

keine

Husten nur nachts

Husten ganztags

wiederkehrende Lungenentzündung

Atembeschwerden

Veränderung der Stimme

Andere \_\_\_\_\_

### 8. Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?

keine

gelegentlich / bei grober Nahrung ein paar Sekunden lang

Flüssigkeit zur „Reinigung“ notwendig

schwer / Auftreten bei halbflüssiger Nahrung / eingeklemmte Fleischreste

Auftreten bei Flüssigkeiten

Falls ja, wie oft traten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag

\_\_\_ Mal pro Woche

\_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, wo treten die Schluckbeschwerden auf?

im Rachen („pharyngeal“)

im Brustkorb („ösophageal“)

## Fragebogen Refluxbeschwerden

9. Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Schlucken?

Ja

Nein

Falls ja, wie oft traten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, stehen die Schmerzen in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?

Mahlzeiten      liegende Position / nachts

Andere \_\_\_\_\_

Falls ja, wie intensiv empfinden Sie den Schmerz?



10. Haben oder hatten Sie sonstige Schmerzen?

keine

oberhalb des Magens

im Oberbauch

im Unterbauch

diffus

Falls ja, wie oft traten diese auf?

\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, stehen die Schmerzen in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?

Mahlzeiten      liegende Position / nachts

Andere \_\_\_\_\_

Falls ja, wie intensiv empfinden Sie den Schmerz?



## Fragebogen Refluxbeschwerden

11. Falls Sie schon einmal operativ wegen Sodbrennen behandelt wurden

Datum der OP \_\_\_\_\_

Art der OP \_\_\_\_\_

Weitere \_\_\_\_\_

Falls ja, wie zufrieden sind Sie heute im Vergleich zu vor der OP?

zufrieden

neutral

unzufrieden

Falls ja, haben Sie oder hatten Sie Beschwerden als Folge der Operation?

keine

hatte ich

habe ich

12. Haben Sie in der Zeit nach der OP Protonenpumpenhemmer (Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.) eingenommen?

Ja

Nein

Falls ja, welche , wie viel und wie oft?

---

Anmerkungen / Sonstiges

Fragen, die ich im Gespräch gerne stellen möchte

Vielen Dank für Ihre Zeit!