



Patientenetikett

Direktor:  
Prof. Dr. med. Robert Grützmann, MBA

Refluxsprechstunde  
PD Dr. med. habil. C. 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:

<b>0</b> = Kein Symptom	<b>5</b> = Oberbauchschmerzen
<b>1</b> = Sodbrennen	<b>6</b> = Husten
<b>2</b> = Schwierigkeiten beim Schlucken (Dysphagie)	<b>7</b> = Übelkeit
<b>3</b> = Regurgitation (Wiederhochbringen von Nahrung/ Flüssigkeiten)	<b>8</b> = Asthma
<b>4</b> = Brustschmerzen	<b>9</b> = 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            |
| <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"/> Tag                 |
| <input type="checkbox"/> Moderat – Störend                      |                | <input type="checkbox"/> Woche               |
| <input type="checkbox"/> Stark – Beeinflusst tägliche Aktivität |                | <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:       Tag                       Monat  
                                  Woche                       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

**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:       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  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 („Rülpfen“)

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](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**.