

Refluxzentrum | Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung in unserem Zentrum zu bieten, benötigen wir präzise Informationen zu Ihrer Person. Diese helfen uns, unsere Beratung gezielt auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen. 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. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Kontakt

Dr. med. Moustafa Elshafei

Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Direktor des Chirurgischen Zentrums,
Leitung des Refluxzentrums

Terminvereinbarung

Telefon 06131-575 1214

E-Mail refluxzentrum.mkm@marienhaus.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gewicht (in kg)

Größe (in cm)

Vorerkrankungen

Medikamente

Haben Sie Schlafapnoe?

Falls ja: Benötigen Sie eine CPAP-Maske?

ja nein
 ja nein

Voroperation (mit Datum)

Haben Sie Allergien?

Rauchen Sie?

ja, Anzahl pro Tag: _____ nein

Fragebogen Refluxbeschwerden

Dieser Fragebogen 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

Falls ja: 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?

nein

Kaffee

Süßigkeiten

fettreiche Lebensmittel

scharfe Lebensmittel

Getränke mit Kohlensäure

Alkohol

Rauchen

Andere _____

4. Haben oder hatten Sie Schmerzen in der Brust?

keine

gering/gelegentlich

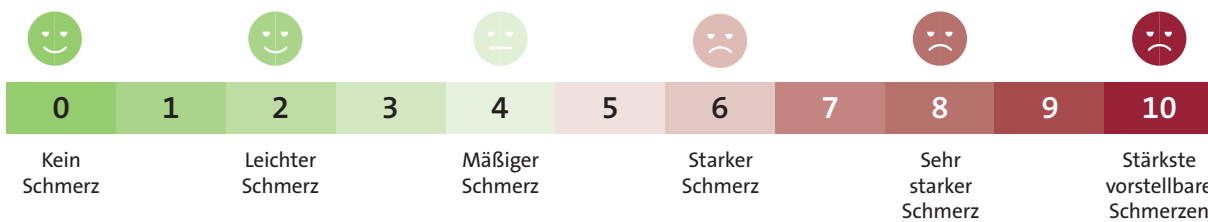
mäßig/Hauptbeschwerde

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 diesen Schmerz?



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 treten 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 Fleischrest
Auftreten bei Flüssigkeiten

Falls ja: Wie oft treten diese auf?

_____ mal pro Tag _____ mal pro Woche _____ mal pro Monat

Falls ja: Wo treten die Schluckbeschwerden auf?

im Rachen („pharyngeal“)
im Brustkorb („ösophageal“)

9. Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Schlucken?

ja nein

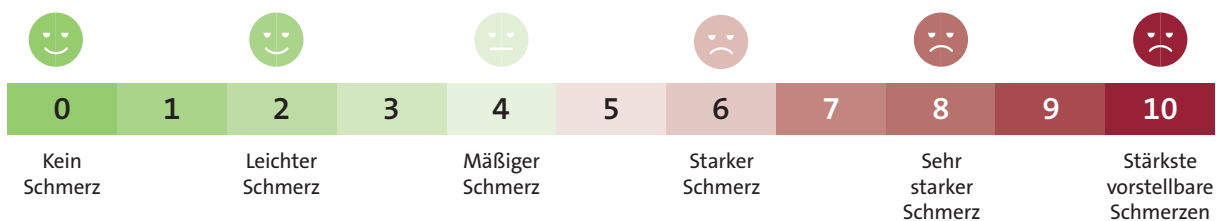
Falls ja: Wie oft treten diese auf?

_____ 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 diesen Schmerz?



10. Haben oder hatten Sie sonstige Schmerzen?

keine
oberhalb des Magens im Oberbauch im Unterbauch diffus

Falls ja: Wie oft treten diese auf?

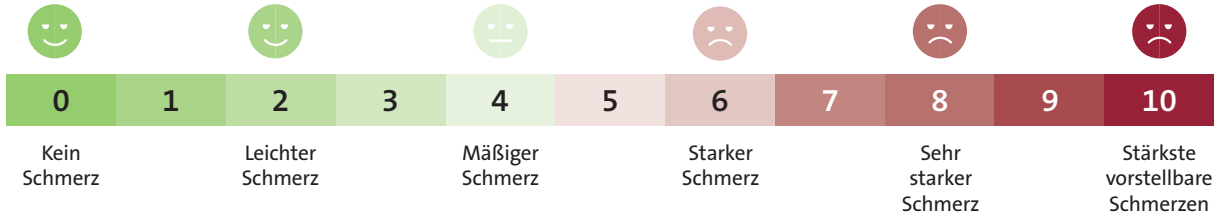
_____ mal pro Tag _____ mal pro Woche _____ mal pro Monat

Falls ja: Stehen die Schmerzen in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?

Mahlzeiten liegende Position/nachts

Andere _____

Falls ja: Wie intensiv empfinden Sie diesen Schmerz?



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!