

Refluxfragebogen I

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____

Datum: _____ **Eigene Telefon-Nr.:** _____

Hausarzt (Name + Fachgebiet): _____

Wer hat Sie zu uns geschickt? Hausarzt Eigeninitiative
 Anderer Arzt: Name
 Fachgebiet.....
 auf Empfehlung von

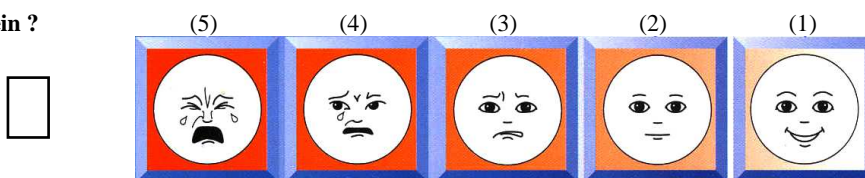
Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden ?

.....

Seit wann haben sie diese ?

2. Wie stufen Sie Ihr derzeitiges Befinden ein ?



3. Sind Sie schon einmal operiert worden ? nein ja, welche Operationen, wann und wo?

.....

4. Haben Sie Sodbrennen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

5. Bleibt Ihnen beim Schlucken Speise in der Speiseröhre hängen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)
 nur feste Kost nur flüssige Kost flüssige + feste Kost

6. Steigt Ihnen Mageninhalt (z.B. Nahrung oder Magensäure) bis in den Mund oder Hals hoch ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

7. Haben Sie Blähungen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

8. Wachen Sie nachts wegen Sodbrennen oder Hochsteigen von Mageninhalt auf ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

9. Leiden Sie unter Völlegefühl nach dem Essen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

10. Haben Sie Schluckbeschwerden bei fester Kost ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

11. Müssen Sie aufstoßen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

12. Haben Sie Schluckbeschwerden bei flüssiger Kost ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

13. Müssen Sie erbrechen ?

ständig, mehr als einmal, weniger als einmal, weniger als einmal, nein
 in der Woche in der Woche im Monat
 (4) (3) (2) (1) (0)

14. Haben Sie Druckschmerzen im Oberbauch oder hinter dem Brustkorb ?

ständig (4) mehr als einmal in der Woche (3) weniger als einmal in der Woche (2) weniger als einmal im Monat (1) nie (0)

15. Wie oft haben Sie Durchfall ?

ständig (4) mehr als einmal in der Woche (3) weniger als einmal in der Woche (2) weniger als einmal im Monat (1) nie (0)

16. Wie oft haben Sie Verstopfung ?

ständig (4) mehr als einmal in der Woche (3) weniger als einmal in der Woche (2) weniger als einmal im Monat (1) nie (0)

17. Haben Sie Probleme mit den Atemwegen ?

nein ja, welche?
Husten (1) Bronchitis (2) Lungenentzündung (3) Asthma (4) Atemnot (5) Heiserkeit (6)
 andere :

18. Hatten Sie schon einmal eine Lungenentzündung ?

nein ja, wie oft?..... wann zuletzt?.....

19. Haben Sie das Gefühl, zuviel Luft im Magen zu haben (Ballongefühl) ?

ständig (4) mehr als einmal in der Woche (3) weniger als einmal in der Woche (2) weniger als einmal im Monat (1) nie (0)

20. Können sie Aufstoßen?

nein
 problemlos
 erschwert

21. Haben Sie Herzbeschwerden ?

nein ja, Herzinfarkt ja, Herzrhythmusstörungen
 ja, Herzschwäche ja, sonstige

22. Rauchen Sie ?

nie geraucht (0) Nichtraucher seit?..... (1) ja, bis 10 Zigaretten am Tag (2) ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag (3)

23. Wieviel Alkohol trinken Sie ?

keinen (0) nur selten (1) weniger als 1Flasche Bier oder ¼ 1 Wein pro Tag (2) mehr als 1Flasche Bier oder ¼ 1 Wein pro Tag (3)

24. Wann wurden bei Ihnen Magenspiegelungen durchgeführt ?

nie ja, erstmals am:..... zuletzt am:.....

25. Ist bei Ihnen eine Magenschleimhautentzündung (Gastritis) durch ein Bakterium (Helicobacter pylori) festgestellt worden ?

nein ja - wann?..... wurde diese (mit Antibiotikum) behandelt? nein ja weiß ich nicht

26. Nehmen Sie zur Zeit Magen-Medikamente?

nein ja, welche Medikamente?.....
 wie lange schon? Regelmäßig: wie oft? Nur bei Bedarf: wie oft?

27. Nehmen Sie andere Medikamente ?

nein ja, fürs Herz, Lunge, welche?.....
 ja, für Bluthochdruck, welche?.....
 ja, sonstige, welche?

28. Wenn Sie Beschwerden oder Probleme hatten bzw. Fragen haben, die in diesem Fragebogen nicht oder nicht ausführlich genug angesprochen worden, dann schildern Sie diese bitte hier :

.....
.....
.....
.....
.....

Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex

(GLQI nach Eypasch, 1993)

bitte die Ziffern in die Kästchen eintragen!

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Wie häufig in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 19. Wie sehr hat sich, bedingt durch die Erkrankung, Ihr allgemeiner Kräftezustand verschlechtert?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Sie Völlegefühl im Oberbauch gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 20. Wie sehr haben Sie, bedingt durch Ihre Erkrankung, Ihre Ausdauer verloren?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich belästigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 21. Wie sehr haben Sie durch Ihre Erkrankung Ihre Fitness verloren?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Windabgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 22. Haben Sie Ihre normalen Alltagsaktivitäten (z. B. Beruf, Schule, Haushalt) während der letzten 2 Wochen fortführen können?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Rülpsen oder Aufstoßen belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 23. Haben Sie während der letzten 2 Wochen Ihre normalen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby usw.) fortführen können?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie auffallende Magen- oder Darmgeräusche?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 24. Haben Sie sich während der letzten 2 Wochen durch die medizinische Behandlung sehr beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch häufigen Stuhlgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 25. In welchem Ausmaß hat sich das Verhältnis zu Ihnen nahestehenden Personen durch Ihre Erkrankung verändert?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Spaß und Freude am Essen?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> | 26. In welchem Ausmaß ist Ihr Sexualleben durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie oft haben Sie bedingt durch Ihre Erkrankung auf Speisen, die Sie gerne essen, verzichten müssen?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 27. Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wie sind Sie während der letzten 2 Wochen mit dem alltäglichen Streß fertig geworden?
sehr schlecht, schlecht, mäßig, gut, sehr gut
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 28. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Ihre langsame Eßgeschwindigkeit beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wie oft in den letzten 2 Wochen waren Sie traurig darüber, daß Sie krank sind?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 29. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Beschwerden beim Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie nervös oder ängstlich wegen Ihrer Erkrankung?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 30. Wie oft in den letzten 2 Wochen wurden Sie durch dringenden Stuhlgang belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wie häufig in den letzten 2 Wochen waren Sie mit Ihrem Leben allgemein zufrieden?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(4) (3) (2) (1) (0) | <input type="checkbox"/> | 31. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Durchfall Sie belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wie häufig waren Sie in den letzten 2 Wochen frustriert über Ihre Erkrankung?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 32. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Verstopfung Sie belästigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wie häufig in den letzten 2 Wochen haben Sie sich müde oder abgespannt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 33. Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wie häufig haben Sie sich in den letzten 2 Wochen unwohl gefühlt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 34. Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Blut im Stuhlgang Sie beunruhigt?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wie oft während der letzten Woche (1 Woche!) sind Sie nachts aufgewacht?
jede Nacht, 5 bis 6 Nächte, 3 bis 4 Nächte, 1 bis 2 Nächte, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 35. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |
| 18. In welchem Maß hat Ihre Erkrankung zu störenden Veränderungen Ihres Aussehens geführt?
sehr stark, stark, mäßig, wenig, überhaupt nicht
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> | 36. Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch ungewollten Stuhlabgang gestört?
die ganze Zeit, meistens, hin und wieder, selten, nie
(0) (1) (2) (3) (4) | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank