

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!

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

Voroperation (mit Datum)

Haben Sie Allergien?

Rauchen Sie?

ja, Anzahl/Tag: _____

nein

Dr. med. M. Elshafei

Leiter des Frankfurter Refluxzentrum
am St. Elisabethen Krankenhaus

Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral, und Tumorchirurgie

Terminvereinbarung:

T 069 7939-7500

refluxzentrum-frankfurt@artemed.de



ST. ELISABETHEN KRANKENHAUS
FRANKFURT

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

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

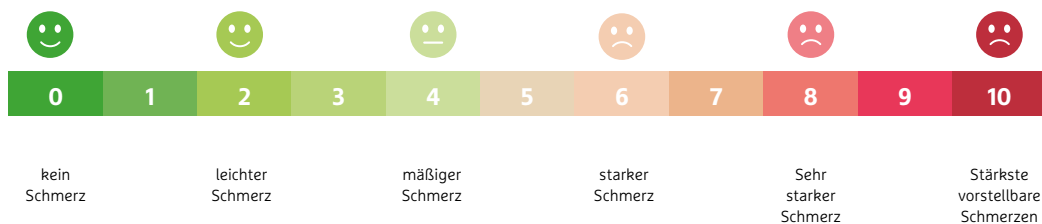
mäßig/Hauptbeschwerde

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

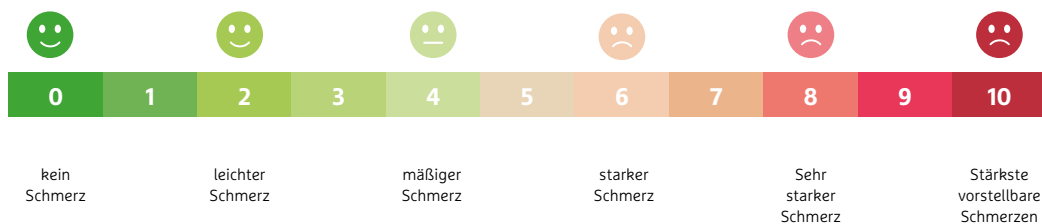
Falls ja: Wie oft treten diese auf?

___ 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

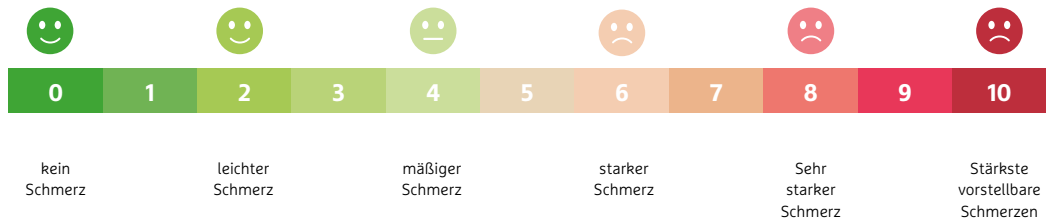
Falls ja: Wie oft treten diese auf?

___ 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!