

Refluxfragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Chirurgische Abteilung
Allgemein-, Viszeral- und
Minimal-invasive Chirurgie
Dr. med Lars Brinkmann

Telefon: 06181 272 - 331
Telefax: 06181 272 - 631
E-Mail: sek.ch@vinzenz-hanau.de
Internet: www.vinzenz-hanau.de

Datum: _____

Hausarzt: _____

Wer hat Sie zu uns geschickt: Hausarzt _____

Anderer Arzt: Name: _____

Fachgebiet: _____

Auf Empfehlung von: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht : _____ kg BMI: _____ kg/m²

Rauchen Sie? (bitte mit Mengenangabe):

ja nein

Trinken Sie Alkohol? (bitte mit Mengenangabe):

ja nein

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?: _____

Seit wann haben Sie diese? _____

2. Sind Sie schon einmal operiert worden? (welche OP, wann und wo): _____

Erstellt am: 03.12.2018 Durch Pia Gomez	Revision: 01	Prüfung/Freigabe am: 12.05.25
Überarbeitet am: 12.05.25 durch: Pia Gomez	Stand:12.05.25	durch: Dr. med. Lars Brinkmann

3. Haben Sie Sodbrennen?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

4. Besteht nachts Sodbrennen oder müssen Sie mit erhöhtem Oberkörper schlafen?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

5. Steigt Ihnen Mageninhalt (z.B. Nahrung oder Mageninhalt) 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

6. 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

7. Müssen Sie oft aufstoßen?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

8. Haben Sie Beschwerden beim Schlucken (Dysphagie)?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

nur feste Kost nur flüssige Kost flüssige + feste Kost

9. Haben Sie Schluckbeschwerden bei fester Kost?

ja nein

10. Haben Sie Schluckbeschwerden bei flüssiger Kost?

ja nein

11. Müssen Sie oft erbrechen?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

12. Haben Sie oft Schmerzen im Oberbauch oder hinter dem Brustbein?

Ständig mehr als einmal weniger als einmal weniger als einmal nein
in der Woche in der Woche im Monat

13. Leiden Sie unter Atemwegsproblemen?

Lungenentzündung ja nein
Husten/Bronchitis ja nein
Asthma bronchiale ja nein
Heiserkeit/Räusperrn ja nein

14. Wurden bei Ihnen schon Magenspiegelungen durchgeführt?

ja – wann zuletzt: _____ nein

15. Ist bei Ihnen eine Magenschleimhautentzündung oder eine Infektion mit Helicobacter pylori diagnostiziert worden?

ja – wann: _____ nein
behandelt

mit: _____

16. Nehmen Sie zur Zeit Magen-Medikamente ein?

ja – seit wann: _____ nein

regelmäßig, wie oft (Dosis): _____

Nur bei Bedarf, wie oft _____

17. Haben Sie versucht, ohne Magen-Medikamente (PPI) auszukommen?

ja – keine Zunahme der Beschwerden

ja – Zunahme der Beschwerden

ja – Aufgrund akuter Beschwerden abgebrochen

nein

18. Nehmen Sie andere-Medikamente ein?

ja – welche: _____ nein

19. Lebensqualität, wie schätzen Sie Ihre derzeitigen Beschwerden ein?



Erstellt am: 03.12.2018 Durch Pia Gomez	Revision: 01	Prüfung/Freigabe am: 12.05.25 durch: Dr. med. Lars Brinkmann
Überarbeitet am: 12.05.25 durch: Pia Gomez	Stand: 12.05.25	