

## Westfälisches Refluxzentrum

Datum der Erstellung des Fragebogens:

Wurde der Fragebogen unter Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen ausgefüllt?

Ja  Nein

Wenn ja, Medikamenten-Name: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

### A: GERD-HRQL

Bitte prüfen Sie die Zahlenbeurteilung Ihrer GERD-Symptome anhand der nachstehenden Punkteskala. Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an.

Punkteskala						
0 = keine Symptome	1 = erkennbare, aber nicht störende Symptome	2 = erkennbare und störende Symptome, nicht jeden Tag	3 = täglich störende Symptome	4 = Symptome mit Auswirkung auf die tägliche Aktivität	5 = behindernde Symptome, keine Aktivität möglich	
1. Wie schlimm ist Ihr Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Sodbrennen beim Hinlegen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sodbrennen beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sodbrennen nach den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Verändert das Sodbrennen Ihre Lebensgewohnheiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Weckt Sie das Sodbrennen im Schlaf?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Haben Sie Blähungen oder Völlegefühl?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Wirkt sich die Einnahme von Medikamenten auf Ihr tägliches Leben aus?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zusammenfassung GERD-HRQL: _____						

**B: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand?**

- zufrieden  neutral  unzufrieden

**C: GERD-assoziierte Symptome**

1. Regurgitation (hochlaufen von Mageninhalt bis in den Mund):
  - keine
  - leicht (nach Anstrengung und/oder großen Mahlzeiten)
  - mäßig (bei Positionsänderung / Bücken / Liegen)
  - schwer (ständige Regurgitation mit Würgen/Husten)
  
2. Atemwegsprobleme
  - keine
  - Asthma
  - wiederkehrender Husten
  - nächtlicher Husten
  - Stimmveränderung
  - Lungenentzündung / Bronchitis
  
3. Fähigkeit aufzustoßen
  - Ja  Nein
  
4. Fähigkeit sich zu erbrechen
  - Ja  Nein  keine Notwendigkeit
  
5. Stört Sie der Reflux im Schlaf?
  - Ja  Nein
  - Wenn ja, \_\_\_ Mal pro Woche
  
6. Wie stört der Reflux im Schlaf?
  - Sodbrennen / Schmerzen;  Husten;  Würgen;
  - Essen vor dem Schlafengehen nicht möglich;
  - schlafe mit erhöhtem Kopfteil/Kissen;  kann meist nicht im Bett schlafen (Sessel)

**Nur für Follow-Up nach OP:**

7. Würden Sie sich nach Ihrem jetzigen Wissen noch einmal für die Operation entscheiden?
  - Ja  Nein
  
8. Wie hat sich Ihr allgemeiner Gesundheitszustand nach der Operation bzgl. Reflux verändert?
  - Verbessert  keine Änderung  schlechter