

# 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 .....

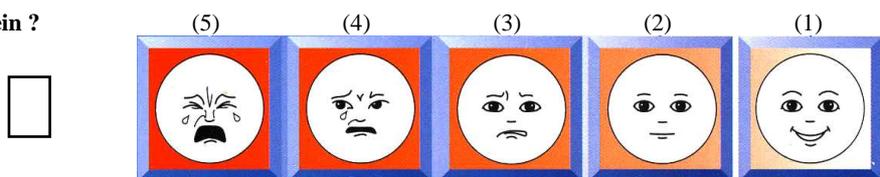
Körpergröße: ..... cm Körpergewicht: ..... kg

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

*Vielen Dank*