

**Refluxzentrum  
am Caritas-Krankenhaus Lebach**

Hauptfachabteilung Allgemein- und  
Viszeralchirurgie

☎ 06881 501-231

✉ [e.schmitt@caritas-krankenhaus-lebach.de](mailto:e.schmitt@caritas-krankenhaus-lebach.de)

23. Juli 2024

**Patientenfragebogen des Refluxzentrums  
am Caritas-Krankenhaus Lebach**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

um Sie in unserem Refluxzentrum bestmöglich beraten und eine adäquate Diagnostik und Therapie einleiten zu können, benötigen wir möglichst genaue Informationen über Ihre Beschwerden und Ihre Vorgeschichte, wie beispielsweise bereits durchgeführte Untersuchungen und Therapien.

Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zu Ihrem Termin in unserer Sprechstunde mitzubringen. Liegen Ihnen bereits Untersuchungsbefunde vor, bringen Sie diese bitte ebenfalls zum Gesprächstermin mit.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Team des Refluxzentrums

## Patientendaten

1. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Anamnese

1. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
2. Größe: \_\_\_\_\_ cm
3. Vorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Regelmäßig eingenommene Medikamente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Allergien:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Rauchen Sie?  
☐ Ja      ☐ Nein
7. Wurden bei Ihnen bereits Untersuchungen aufgrund von Refluxbeschwerden durchgeführt?  
☐ Ja      ☐ Nein

Falls ja, welche Untersuchungen sind schon einmal gemacht worden?

*Magenspiegelung:*

☐ Ja, wann? \_\_\_\_\_ ☐ Nein      ☐ Weiß nicht

*pH-Metrie:*

☐ Ja, wann? \_\_\_\_\_ ☐ Nein      ☐ Weiß nicht



**Manometrie**

☐ Ja, wann? \_\_\_\_\_ ☐ Nein ☐ Weiß nicht

**Breischluck mit Kontrastmittel:**

☐ Ja, wann? \_\_\_\_\_ ☐ Nein ☐ Weiß nicht

**CT oder MRT:**

☐ Ja, wann? \_\_\_\_\_ ☐ Nein ☐ Weiß nicht

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

8. Sind Sie bereits wegen Refluxbeschwerden behandelt worden?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Art der Behandlung ist erfolgt?

**Einnahme von Pantozol/Omeprazol o.ä.:**

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

Häufigkeit der Einnahme: \_\_\_\_\_ Seit wann?: \_\_\_\_\_

**OP:**

☐ Ja ☐ Nein

Art der OP: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Sonstige Behandlung:**

☐ Ja ☐ Nein

Art der Behandlung: \_\_\_\_\_

9. Falls bei Ihnen schon eine OP erfolgt ist, wie haben sich Ihre Beschwerden danach im Vergleich zu vor der OP verändert?

☐ verbessert ☐ gleich geblieben ☐ verschlechtert

Hatten Sie sonstige Beschwerden in Folge der OP?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie nach der OP Pantozol o. ä. eingenommen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Medikamente haben Sie eingenommen und wie oft?

\_\_\_\_\_

## Refluxbeschwerden

1. Haben Sie Beschwerden durch Sodbrennen und Aufstoßen?

- ☐ nie      ☐ gelegentlich      ☐ regelmäßig      ☐ starke Beschwerden

2. Haben Sie Beschwerden durch Rückfluss von Nahrung oder Flüssigkeiten aus dem Magen in den Mund (Regurgitation)?

- ☐ keine  
☐ nach großen Mahlzeiten  
☐ bei Positionsänderung, im Liegen, bei Anstrengung nach dem Essen  
☐ starke, andauernde Beschwerden, verschlucken von Mageninhalt

Falls ja, um welche Art von Rückfluss handelt es sich?

- ☐ Flüssigkeiten: ☐ sauer    ☐ bitter  
☐ feste Nahrung

3. Haben Sie Probleme beim Schlucken (Dysphagie)?

- ☐ keine  
☐ Schmerzen beim Schlucken  
☐ gelegentliche Beschwerden, bei grober Nahrung  
☐ Trinken von Flüssigkeit erforderlich, um feste Nahrung vollständig schlucken zu können  
☐ starke Beschwerden, bereits bei Flüssigkeiten, hängen bleiben von Nahrung

Falls ja, können Sie die Beschwerden im Rachen oder tiefer im Brustkorb lokalisieren?

4. Haben Sie Beschwerden beim Atmen?

- ☐ keine  
☐ Atembeschwerden: ☐ in Ruhe    ☐ bei Belastung  
☐ Husten  
☐ Lungenentzündungen  
☐ Veränderungen der Stimme  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

5. Wie oft treten Ihre Beschwerden auf?

\_\_\_\_\_ Mal pro Tag      \_\_\_\_\_ Mal pro Woche      \_\_\_\_\_ Mal pro Monat



6. Treten die Beschwerden nach dem Essen bestimmter Lebensmittel auf?

☐ Ja, bei...

☐ Kaffee

☐ süßem Essen

☐ scharfem Essen

☐ fettigem Essen

☐ kohlenensäurehaltige Getränke

☐ Alkohol

☐ sonstigen Getränken/Lebensmitteln: \_\_\_\_\_

☐ Nein

7. Treten die Beschwerden in Zusammenhang mit bestimmten Situationen auf?

☐ Nein

☐ nachts bzw. im Liegen oder beim Bücken

☐ bei Stress

☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

8. Haben Sie Schmerzen in der Brust?

☐ nie

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

☐ starke Beschwerden

9. Haben Sie sonstige Schmerzen und wenn ja, in welchen Situationen und wie oft treten diese Beschwerden auf?

☐ keine

☐ im Oberbauch

Wann/wie oft?: \_\_\_\_\_

☐ im Unterbauch

Wann/wie oft?: \_\_\_\_\_

☐ diffus/nicht lokalisierbar

Wann/wie oft?: \_\_\_\_\_

cusanus  
trägergesellschaft  
trier mbH