

**Refluxzentrum**  
**am Caritas-Krankenhaus Lebach**

Hauptfachabteilung Allgemein- und  
Viszeralchirurgie

☎ 06881 501-231

✉ [s.simon@caritas-krankenhaus-lebach.de](mailto:s.simon@caritas-krankenhaus-lebach.de)

**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

