UNIKLINIK KÖLN
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

Datum der Erstellung des Fragebogens:

Wurde der Fragebogen unter Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen ausgefüllt?

☐ Ja ☐ Nein

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?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Sodbrennen beim Hinlegen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sodbrennen beim Aufstehen?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sodbrennen nach den Mahlzeiten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Verändert das Sodbrennen Ihre Lebensgewohnheiten?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Weckt Sie das Sodbrennen im Schlaf?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Haben Sie Blähungen oder Völlegefühl?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Wirkt sich die Einnahme von Medikamenten auf Ihr tägliches Leben aus?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
					Zusammenfassung GERD-HRQL: _____	

©MFK/Viszeralchirurgie_Fragebogen_GERD_09/2017

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