

Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung in unserem Zentrum zu bieten, benötigen wir präzise Informationen zu Ihrer Person. Diese helfen uns, unsere Beratung gezielt auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und leserlich aus und bringen diesen zu Ihrem Termin mit in unsere Sprechstunde. Bitte bringen Sie weiterhin alle medizinischen Befunde mit, die Ihnen bereits vorliegen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Telefonnummer

Geburtsdatum

Gewicht in kg

Größe in cm

BMI (falls bekannt) in kg/m²

Hausarzt/Hausärztin

Überweisungsgrund (kurze Zusammenfassung)

2. Ihre Beschwerden

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ unter 3 Monate ☐ 3–12 Monate ☐ über 12 Monate » seit: _____

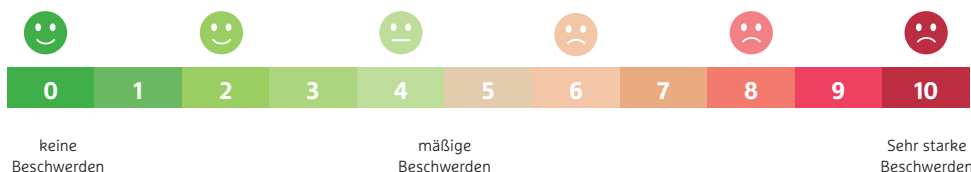
Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ Täglich ☐ mehrmals pro Woche ☐ 1x pro Woche ☐ Seltener

Zu welcher Tageszeit?

☐ Morgens ☐ Tagsüber ☐ Abends ☐ Nachts

Wie stark sind Ihre Beschwerden im Durchschnitt?



Welche dieser Beschwerden treffen zu?

- ☐ Sodbrennen/retrosternales Brennen
- ☐ Saures Aufstoßen/Regurgitation/Volumenreflux
- ☐ Schluckbeschwerden (Dysphagie)
- ☐ Schmerzen beim Schlucken (Odynophagie)
- ☐ Oberbauchschmerzen/epigastrische Schmerzen
- ☐ Übelkeit/Erbrechen
- ☐ Chronischer Husten
- ☐ Heiserkeit/Räusperrzwang/Globusgefühl
- ☐ Asthma-/Atembeschwerden
- ☐ Zahnerosionen/Mundgeruch
- ☐ Brustschmerz (Herz wurde abgeklärt)

REFLUX-Zentrum im Krankenhaus Düren

Klinik für Gastroenterologie,
Hepatologie und Diabetologie

Sprechstunde

Montags 15.00–16.00 Uhr

Leitung: Herr Dr. Halabi, Frau Dr. Nobis



Was verschlimmert die Beschwerden?

- ☐ große/späte Mahlzeiten ☐ fettig/scharf ☐ Kaffee/Schokolade/Minze ☐ Alkohol
☐ kohlensäurehaltige Getränke ☐ Stress ☐ Vorbeugen/Bücken ☐ Sport

Treten Ihre Beschwerden nachts auf?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, in welcher Schlafposition? ☐ flach ☐ erhöht ☐ Seitenlage » ☐ R ☐ L

Kann etwas die Beschwerden lindern?

- ☐ Antazida/Alginat ☐ PPI/H2-Blocker ☐ aufrechte Haltung ☐ Nein/nicht feststellbar

3. Warnzeichen

Bitte ankreuzen

- ☐ Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
☐ Bluterbrechen/Teerstuhl
☐ Ausgeprägte Schluckbeschwerden
☐ Blutarmut (Anämie) bekannt
☐ Anhaltendes Erbrechen
☐ Familiäre Vorbelastung für Speiseröhren-/Magenkrebs

4. Bisherige Untersuchungen & Befunde

Magenspiegelung (Gastroskopie):

- ☐ Ja ☐ Nein » Wenn Ja, wann? _____

Befund (falls bekannt, z.B. Ösophagitis LA-Grad, Barrett): _____

pH-/Impedanzmessung:

- ☐ Ja ☐ Nein » Wenn Ja, wann? _____ ☐ unter PPI ☐ ohne PPI

Ergebnis: _____

Hochauflösende Manometrie:

- ☐ Ja ☐ Nein » Wenn Ja, wann? _____

Befund: _____

Röntgen Breischluck- oder sonstige Untersuchung:

- ☐ Ja ☐ Nein » Wenn Ja, wann? _____

Art der Untersuchung & Befund: _____

Bitte bringen Sie alle vorhandenen Arztbriefe & Befunde zu Ihrem Termin mit.

5. Bisherige Therapien

Protonenpumpenhemmer (PPI) – bitte ankreuzen und ausfüllen:

- ☐ Omeprazol Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____

Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

Patientenfragebogen Seite 3

☐ **Esomeprazol** Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____
Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

☐ **Pantoprazol** Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____
Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

☐ **Lansoprazol** Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____
Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

☐ **Rabeprazol** Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____
Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

☐ **Sonstige** Dosis: _____ mg ☐ 1x/Tag ☐ 2x/Tag Einnahme seit: _____
Einnahme erfolgt: ☐ vor dem Frühstück ☐ vor dem Abendessen ☐ anderer Zeitpunkt: _____

Weitere Medikamente:

☐ H2-Blocker ☐ Antazida ☐ Alginat ☐ Prokinetika ☐ Sonstige: _____

Wirkung der bisherigen Therapie:

☐ Vollständig ☐ Teilweise ☐ Keine Wirkung

☐ Nicht vertragen » Nebenwirkungen: _____

Einnahmetreue (Adhärenz):

☐ Regelmäßig ☐ Gelegentlich vergessen ☐ Unregelmäßig

6. Lebensstil & Begleiterkrankungen

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja » Wenn Ja, seit _____ Jahren. Ca. _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig » Wenn Regelmäßig, _____ Einheiten in der Woche.

Nehmen Sie späte Mahlzeiten zu sich? (bis ca. 3h vor dem Schlafen)

☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Häufig

Gewichtsentwicklung in den letzten 12 Monaten:

☐ Konstant ☐ + _____ kg ☐ - _____ kg

Bekannte Hiatushernie:

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar

Schlafapnoe (OSAS)/CPAP:

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell schwanger?

☐ Ja ☐ Nein ☐ N.A.

Relevante Vorerkrankungen:

☐ Diabetes ☐ Sklerodermie ☐ Gastroparese ☐ Herz-/Lungenerkrankung ☐ Andere: _____

Relevante Dauermedikation:

☐ NSAR/ASS ☐ NOAK/Marcumar ☐ Ca-Kanalblocker/Nitrate ☐ Anticholinergika

☐ Bisphosphonate ☐ Doxycyclin ☐ Andere: _____

7. Voroperationen

Magen-/Speiseröhren-Operationen:

☐ Fundoplikatio ☐ bariatrische OP (z.B. Sleeve/Bypass) ☐ Andere: _____ Jahr: _____

Ergibt sich hieraus eine besondere Ernährung/Medikation? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

8. Vorbereitung auf Diagnostik (falls geplant)

Ich bin bereit, Medikamente nach ärztlicher Anweisung vor Tests zu pausieren (z.B. PPI 7 Tage vor pH-Impedanz):

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Unverträglichkeiten/Allergien (z.B. Lokalanästhetika, Latex): _____

9. Ziele & Erwartungen

Was ist Ihr Hauptziel der Behandlung?

☐ Weniger Beschwerden ☐ Weniger Medikamente ☐ OP-Abklärung ☐ Anderes: _____

Haben Sie noch Fragen an uns?**Bitte mitbringen:**

- Aktuelle Medikamentenliste
- Vorbefunde (Gastroskopie, pH-/Impedanzmessung, Manometrie, Röntgen/CT/MRT)
- Relevante Arztbriefe/Allergiepass
- Versichertenkarte/Überweisung (falls vorhanden)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!