**Anamnese/Fragebogen**

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Ihre Behandlung in unserem Zentrum qualitativ hochwertig zu gestalten, benötigen wir genaue Informationen zu Ihrer Person, um unsere Beratung optimal gestalten zu können. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und leserlich aus und bringen diesen zu Ihrem Termin mit in unsere Sprechstunde oder schicken ihn uns vorher zu. Bitte bringen Sie weiterhin alle medizinischen Befunde mit, die Ihnen bereits vorliegen.

Für die Sprechstunde benötigen wir eine Überweisung vom Hausarzt/-ärztin.

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gewicht (in kg)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Größe (in cm)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

**Medikamente:**

**Haben Sie Schlafapnoe?**

(Ja) (Nein)

Falls Ja: Benötigen Sie eine CPAP-Maske (Ja) (Nein)

**Haben Sie Allergien?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** (Ja), Anzahl/Tag \_\_\_\_\_\_\_ (Nein)

Dieser Fragenbogen dient zur genaueren Einordnung ihrer Beschwerden. Bitte kreuzen Sie im Folgenden die am ehesten zutreffende Antwort an. Bei einigen Fragen können auch mehrere Antworten angekreuzt bzw. ausgefüllt werden. Sollten Sie zu einzelnen Fragen keine Angaben machen könne, bitten wir diese freizulassen.

1. **Sind Sie bereits wegen Sodbrennen / Aufstoßen behandelt worden?**

(Ja) (Nein) Wenn ja, wie? (OP, siehe Fragen am Ende)

Pantoprazol / Omeprazol / Esomeprazol Zeitraum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Haben Sie Beschwerden durch Sodbrennen / Aufstoßen?**

(keine gering) (gelegentlich mäßig) (Hauptbeschwerde schwer)

(beeinträchtigt das tägliche Leben)

Wie oft treten diese auf? \_\_\_\_ Mal pro Tag \_\_\_\_ Mal pro Woche \_\_\_\_ Mal pro Monat

1. **Tritt das Sodbrennen nach Genuss von einem oder mehreren Lebensmitteln auf?**

(Kaffee) (Süßigkeiten) (fettreiche Lebensmittel) (Rauchen) (Getränke mit Kohlensäure)

(scharfe Lebensmittel) (Alkohol)

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Haben oder hatten Sie Schmerzen in der Brust?**

(keine gering) (gelegentlich mäßig) (Hauptbeschwerde schwer)

(beeinträchtigt das tägliche Leben)

Falls ja, wie oft treten diese auf? \_\_\_ Mal pro Tag \_\_\_\_ Mal pro Woche \_\_\_\_ Mal pro Monat

1. **Stehen Ihre Beschwerden in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?**

(nein) (Mahlzeiten) (liegende Position) (nachts)

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Haben oder hatten Sie Hochwürgen von Nahrung/Flüssigkeit („Regurgitation“)?**

(ja) (nein)

Falls ja, wie oft tritt dies auf? \_\_\_ Mal pro Tag \_\_\_\_ Mal pro Woche \_\_\_\_ Mal pro Monat

Falls ja, um welche Bestandteile handelte es sich dabei?

(bittere Flüssigkeit) (saure und bittere Flüssigkeit) (Nahrung)

Anderes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Atmen?**

(Ja) (nein)

1. **Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?**

(nein) (gelegentlich / bei grober Nahrung ein paar Sekunden lang Flüssigkeit zur „Reinigung“ notwendig) (Auftreten bei halbflüssiger Nahrung) (eingeklemmte Fleischreste) (Auftreten bei Flüssigkeiten)

Falls ja, wie oft traten diese auf? \_\_\_ Mal pro Tag \_\_\_\_ Mal pro Woche \_\_\_\_ Mal pro Monat

1. **Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Schlucken?**

(Ja) (Nein)

Falls ja, wie oft traten diese auf? \_\_\_ Mal pro Tag \_\_\_\_ Mal pro Woche \_\_\_\_ Mal pro Monat Falls ja, stehen die Schmerzen in Verbindung zu bestimmten Alltagssituationen?

(Mahlzeiten) (liegende Position) (nachts)

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Sind Sie schon einmal operativ wegen Sodbrennen behandelt wurden?**

(Ja) (Nein)

Datum der OP Art der OP

In welchem Krankenhaus

Falls ja, wie zufrieden sind Sie heute im Vergleich zu vor der OP?

(zufrieden) (neutral) (unzufrieden)

1. **Haben Sie in der Zeit nach der OP Protonenpumpenhemmer (Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol, etc.) eingenommen?**

(Ja) (Nein)

Falls ja, welche, wie viel und wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmerkungen / sonstiges Fragen, die ich im Gespräch gerne stellen möchte:**

**Vielen Dank für Ihre Zeit!**