

## Datenerfassungsbogen

Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewichtsverlust: ja nein wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Rauchen: ja nein wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Alkohol: ja nein wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienanamnese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voroperationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Sodbrennen – GERD HRQL:**

- 0 – Keine Symptome
- 1 – Erkennbare, aber nicht störende Symptome
- 2 – Erkennbare und störende Symptome, aber nicht jeden Tag
- 3 – Täglich störende Symptome
- 4 – Symptome wirken sich auf die tägliche Aktivität aus
- 5 – Die Symptome behindern, keine Aktivität möglich

### **Regurgitation (Hochlaufen von Magensaft oder Speisen)**

- 0 - Nein
- 1 - gelegentlich, nach übermäßiger Nahrungsaufnahme
- 2 – mäßig; positionsabhängig
- 3 – ernsthaft, ständige Regurgitation, beeinträchtigt Lebensqualität

### **Dysphagie (Schluckbeschwerden)**

- 0 - Nein
- 1 – gelegentlich bei groben Speisen
- 2 – mäßig – Nachspülen erforderlich
- 3 – ernsthaft, feste Speisen werden vermieden
- 4 – bei flüssiger Kost

### **Brust- Schmerz**

- 0 - Nein
- 1 - gelegentlich
- 2 - oft
- 3 - ständig

### **Übelkeit / Erbrechen**

- 0 - Nein
- 1 - gelegentlich
- 2 - oft
- 3 - ständig

**Blähungen, geblähter Bauch:**

- 0 - Nein
- 1 - gelegentlich
- 2 - oft
- 3 - ständig

**Aufstoßen**

- 0 - Nein
- 1 - gelegentlich
- 2 - oft
- 3 – ständig

**Andere Symptome / Beschwerden:**

---

---

---

---