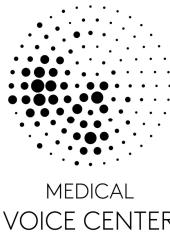


Refluxfragebogen (Reflux Symptom Index)



Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Alter: _____ Jahre

Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Flachschräfer:in : ja nein

Datum: _____

Welche nachstehend angeführten Probleme hatten Sie häufig in den vergangenen Monaten bzw. haben Sie bei der heutigen Kontrolle?

Bitte markieren Sie:	0 – keine Probleme	5 – sehr starke Probleme
Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme	0 1 2 3 4 5	
Häufiges Räuspern	0 1 2 3 4 5	
Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase / Rachen	0 1 2 3 4 5	
Schluckproblem bei festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten	0 1 2 3 4 5	
Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen	0 1 2 3 4 5	
Atemprobleme oder Husteln	0 1 2 3 4 5	
Starker quälender Husten	0 1 2 3 4 5	
Fremdkörpergefühl im Hals oder Gurgelgefühl	0 1 2 3 4 5	
Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss	0 1 2 3 4 5	