

# Refluxfragebogen (Reflux Symptom Index)



Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Flachschläfer:in :      o ja      o 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 Hüsteln	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