Direktor: Prof. Dr. C.-T. Germer

**Zentrum Speiseröhre**

Sehr geehrte/r Patient/in,

um ihre Beschwerden und ihr Krankheitsbild besser beurteilen und sie umfassend beraten zu können, möchten wir sie bitten, vorab den angefügten Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen.

Die Fragen beziehen sich immer auf den **aktuellen** Zustand.

Bei extern durchgeführter, relevanter Diagnostik und/oder Vor-Operationen, benötigen wir zwingend sämtliche Befunde und müssen Sie bitten diese uns zuzusenden, um unnötige oder redundante Untersuchungen zu vermeiden.

**Bitte senden Sie uns nicht nur den Befundbericht, sondern auch immer (bei z.B. stattgehabter Funktionsdiagnostik) die farbkodierten Ausdrucke und/oder bei radiologischen Untersuchungen die Bilddateien (z.B. in Form der Original CD).**

Bitte haben sie Verständnis dafür, dass auf Grund des hohen Patientenaufkommens derzeit **nur vollständig ausgefüllte Anfragen mit beigefügten Befunden bearbeitet werden können.**

Sollten Sie **hoch-akute Beschwerden haben wenden Sie sich bitte an den zuständigen Dienstarzt**, zu dem Sie sich über unsere Pforte verbinden lassen können.

**Patientendaten:**

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

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zuweiser[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund:**

[ ] V.a. Reflux

[ ] V.a. Reflux bei bereits erfolgter Fundoplicatio

 durchgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_/bitte OP-Bericht mitschicken

[ ] Medikamente gegen Reflux werden eingenommen seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Medikament:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Dysphagie-Diagnostik (z.B. Achalasie, Nußknacker, Ösophagospasmus)

[ ] Dysphagie-Diagnostik bei bereits erfolgter OP (POEM/Myotomie)

 durchgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_/bitte OP-Bericht mitschicken

[ ] andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte zutreffende Beschwerden ankreuzen:**

**[ ]** Sodbrennen [ ] Oberbauchschmerz [ ] Schluckstörungen [ ] Husten

[ ] Regurgitation (Wiederhochbringen Nahrung/Flüssigkeit) [ ] Asthma

[ ] Aufstoßen von Mageninhalt [ ] Aufstoßen von Luft (Rülpsen)

[ ] Gewichtsabnahme (in kg \_\_\_\_\_\_\_)

**Bereits durchgeführte Diagnostik**:

(Bitte immer den Befund direkt mitschicken)

**[ ] Breischluck**  durgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] nicht durgeführt

 (bitte Bilddaten z.B. als CD)

**[ ] Magenspiegelung/mit Histologie Befund**  durgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] nicht durgeführt

**[ ] CT/MRT Thorax/Abdomen**

 (bitte Bilddaten z:B.als CD) durgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] nicht durgeführt

**[ ] Highresolutionmanometrie**

 (bitte mit Farbausdruck) durgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] nicht durgeführt

**[ ] 24h ph/Impedanzmessung** durgeführt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] nicht durgeführt

Bitte beachten sie, dass es sich bei der Diagnostik stets um mehrere ambulante Termine handelt und wir einen zeitlichen Vorlauf von ca. 3 Monaten haben.

**Wenn Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden bereits nur noch eingeschränkt ernähren können, ist eine frühere Vorstellung in unserem Zentrum selbstverständlich möglich.**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Planung je nach Umfang der Diagnostik sehr zeitaufwändig sein kann. Wir werden uns sobald wie möglich bei Ihnen melden.

Mit dem Absenden der Anfrage erklären sie sich mit einer flexiblen und direkten Terminvereinbarung einverstanden.

**Zu ergänzende Diagnostik (wird von der Klinik ausgefüllt)**

[ ] Breischluck [ ] Magenentleerungszintigraphie

[ ] Magenspiegelung [ ] Stufenbiopsie [ ] Barrett-Mapping [ ] Endo-Sono

[ ] CT/MRT Thorax/Abdomen [ ] Highresolutionmanometrie [ ] 24h ph/Impedanzmessung

[ ] sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angeordnet von (Datum/Unterschrift):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. [↑](#footnote-ref-1)