



Dr. med.
Carolina Morales Minovi

Fachärztin für
Hals- Nasen- und
Ohrenheilkunde

Berrenrather Straße 197
50937 Köln
Telefon 0221 411124

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Extraösophagealer Reflux

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen ihn mit in die Sprechstunde. Vielen Dank für Ihre Mühe.

1. Welche Beschwerden haben Sie - und wie oft?

Räusperzwang	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Klossgefühl	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Häufige Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Hustenreiz	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Magen-Darm-Beschwerden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Aufstoßen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Reflux	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer

2. Nehmen Sie ein Magenschutzmittel ein? Wenn ja, welches?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

.....

4. Hatten Sie schon eine Magenspiegelung? Wenn ja, wann?

.....