

Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie

**Strukturiertes Assessment
Gastrointestinaler Symptome
(SAGIS)**

(Patientenetikette)

Nachname:

Vorname:

Adresse:

Geburtstag

Geschlecht: M F

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

*Um Ihre Beschwerden erfolgreich behandeln zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Teilen Sie uns bitte mit, wie schwer Ihrer Beschwerden **in der letzten Woche** waren. Die nachfolgende Erklärung wird Ihnen helfen, den Schweregrad ihrer Beschwerden einzustufen zu können. Bei Fragen kontaktieren Sie bitte eine/n unserer MitarbeiterInnen.*

Es ist nur eine Antwort pro Frage zulässig	0 = Kein Problem	Kein Problem
	1 = leichtes Problem	Kann ignoriert werden, wenn man nicht daran denkt
	2 = Mittelschweres Problem	Kann nicht ignoriert werden, beeinflusst aber NICHT die alltäglichen Aktivitäten (z.B. Beruf, Haushalt, Freizeit)
	3 = Schweres Problem	Beeinflusst die Konzentration auf die alltäglichen Aktivitäten (z.B. Beruf, Haushalt, Freizeit), diese <u>können jedoch ausgeführt</u> werden
	4 = Sehr schweres Problem	Beeinflusst die alltäglichen Aktivitäten (z.B. Beruf, Haushalt, Freizeit) so stark, dass diese <u>verschoben</u> bzw. <u>beendet</u> werden müssen

1. Aufstoßen von Luft				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
2. Saures Aufstoßen				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
3. Sodbrennen (ein brennendes Gefühl hinter dem Brustbein, das sich vom Magen nach oben ausbreitet)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
4. Schmerzen oder ein unangenehmes Gefühl hinter dem Brustbein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
5. Schluckstörung (ein Gefühl, dass ein Bissen in der Speiseröhre stecken bleibt oder Schmerzen verursacht)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
6. Völlegefühl (ein Gefühl, dass der Magen voll ist, ohne dass man davor gegessen hat)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
7. Frühes Sättigungsgefühl (der Magen fühlt sich schon kurz nach dem Beginn der Mahlzeit übertoll an, sodass das Essen nicht beendet werden kann)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
8. Oberbauchschmerzen (Schmerzen zwischen dem Rippenbogen unterhalb des Brustbeines, aber oberhalb des Nabels)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
9. Unterbauchschmerzen oder Beschwerden (Schmerzen oder Beschwerden unterhalb des Nabels)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
10. Schmerzen oder Beschwerden nach dem Essen (die Beschwerden treten nach dem Essen auf oder werden dann stärker)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Problem	Leicht	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer

11. Schmerzen oder Beschwerden vor dem Stuhlgang (die Beschwerden treten vor der Darmentleerung auf oder werden dann stärker)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

12. Übelkeit

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

13. Erbrechen (.. von Schleim oder Mageninhalt; oder starkes, unproduktives Würgen; in Kombination mit Übelkeit und Schweißausbruch)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

14. Appetitlosigkeit (Lustlosigkeit, Nahrung zu sich zu nehmen)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

15. Verstopfung (erschwerter Darmentleerung)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

16. Schwierigkeiten, Stuhl zu entleeren (obwohl Stuhldrang vorhanden ist)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

17. Durchfall

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

18. Dünner/dünnflüssiger Stuhl

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

19. Heftiger Stuhldrang

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

20. Inkontinenz (Problem, den Stuhl bis zur Toilette zurückhalten zu können)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

21. Krampfartige Schmerzen im Bauch (Bauchkrämpfe)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

22. Gefühl, der Bauch ist aufgebläht

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

23. Übermäßige Flatulenz (Blähungen und Gasabgänge)

<input type="checkbox"/> Kein Problem	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Mittelschwer	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Sehr schwer
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

24. In Ihren eigenen Worten: Welche dieser Beschwerden beeinträchtigt Sie am meisten?

25. In Ihren eigenen Worten: Welche dieser Beschwerden beeinträchtigt Sie am zweitmeisten?

Leiden Sie unter?

Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Depression/Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
↳ wenn ja, wie viel:kg in Monaten		Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dauernde Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose (vom Arzt auszufüllen):

<input type="checkbox"/> Diagnose gesichert
<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose, in Abklärung
<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose, keine weitere Abklärung geplant