



### **FB 90 Reflux Symptom Index (RSI)**

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

Geb-datum: \_\_\_\_\_

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

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

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

Auswertung erfolgt durch Untersucher

Summe: \_\_\_\_\_