

IMPAKTSPATIENTENFRAGEBOGEN# – EOSINOPHILE ÖSOPHAGITIS (EOE)

Intensität der Schluckbeschwerden:

I

1. In den letzten 7 Tagen: Hatten Sie Schluckbeschwerden bei fester Nahrung?

☐ Nein ☐ An einem Tag ☐ An mehreren Tagen ☐ Jeden Tag

2. In den letzten 7 Tagen: Hatten Sie vom Schlucken **unabhängige** Brustschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Meiden von fester Nahrung:

M

In den letzten 7 Tagen: Gab es Essen, das Sie vermieden haben, weil Sie Sorge hatten, dass es stecken bleibt oder Probleme beim Schlucken macht?

☐ Ja ☐ Nein

Pürrieren von Mahlzeiten/klein schneiden:

P

In den letzten 7 Tagen: Haben Sie Ihre Nahrung irgendwie bearbeitet (z. B. in den Mixer gegeben oder besonders klein geschnitten), damit Sie es besser schlucken konnten?

☐ Ja ☐ Nein

Aversion/Abneigung gegen Tabletten:

A

In den letzten 7 Tagen: Hat Ihnen die Einnahme / das Hinunterschlucken von Tabletten Probleme bereitet?

☐ Ja ☐ Nein

Kauen exzessiv und einspeicheln:

K

In den letzten 7 Tagen: Waren Sie häufig die letzte Person, die am Essenstisch fertig gegessen hat?

☐ Ja ☐ Nein

Trinkmengen erhöhen bzw. „nachtrinken“:

T

In den letzten 7 Tagen: Was haben Sie unternommen, wenn die Nahrung nicht richtig rutschte?

- ☐ Gar nichts: Die Nahrung hat sich von alleine bewegt.
- ☐ Viel Trinken hat die Nahrung gelöst.
- ☐ Husten hat die Nahrung gelöst.
- ☐ Würgen/selbstinduziertes Erbrechen hat die Nahrung gelöst.
- ☐ Vorstellung im Krankenhaus/Notaufnahme

Sozialer Rückzug, Kommunikation und essen:

S

1. In den letzten 7 Tagen: Haben Sie sich Sorgen gemacht, in Gesellschaft zu essen aufgrund der Bedenken bzgl. Ihrer Schluckbeschwerden? Auf einer Skala von 0 (nein, trifft gar nicht zu) bis 10 (ja, sehr)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. In den letzten 7 Tagen: Haben EoE/Schluckbeschwerden/Symptome Ihr Leben (Arbeit, Studium, Schule, Hobbys) negativ beeinflusst? Auf einer Skala von 0 (nein, trifft gar nicht zu) bis 10 (ja, sehr)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----