

## Refluxfragebogen (RSI - Reflux Symptom Index)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum

**Wie stark waren Sie im letzten Monat von den nachfolgend aufgeführten Problemen betroffen?**  
(0 = kein Problem, 5 = sehr schwerwiegendes Problem)

	0	1	2	3	4	5
1. Heiserkeit oder anderes Problem mit der Stimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Häufiges Räuspern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verschleimung im Hals, übermäßige Sekretbildung, ein Gefühl, dass sich Sekret hinter der Nase befindet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schluckschwierigkeiten für Nahrung, Flüssigkeiten oder Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Husten nach dem Essen oder beim Hinlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atemprobleme oder Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quälender oder störender Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fremdkörper- oder Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sodbrennen, Brennen/ Drücken hinter dem Brustbein, Magenverstimmung oder Aufsteigen von Magensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punktzahl RSI:

- Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein? Welche? \_\_\_\_\_
- Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm
- Wieviel wiegen Sie? \_\_\_\_\_ kg

Quelle: Belafsky PC et al (2002). *Validity and Reliability of the Reflux Symptom Index. Journal of Voice*, 16(2): 274-277