

Patient

Dokumentation der Symptomatik und Therapiekontrolle einer allergischen Rhinitis

keine Beschwerden		extrem starke Beschwerden
verstopfte Nase	0-----	100
Niesen	0-----	100
Juckreiz	0-----	100
Laufende Nase	0-----	100
Augenbeschwerden	0-----	100
Gesamtbeschwerden	0-----	100

Bitte markieren Sie auf der horizontalen Liste Ihre Beschwerdestärke zwischen 0 = keine Beschwerden und 100 = extrem starke Beschwerden

Wie oft leiden Sie im Durchschnitt unter ihren allergischen Beschwerden pro Woche?

☐ mehr als 4 Tage pro Woche ☐ weniger als 4 Tage pro Woche

Wie oft leiden Sie im Durchschnitt unter ihren allergischen Beschwerden pro Jahr?

☐ mehr als 4 Wochen pro Jahr ☐ weniger als 4 Wochen pro Jahr

Fühlen Sie sich durch ihre allergischen Beschwerden eingeschränkt...?

...in Ihrer Lebensqualität:

☐ ja, ich fühle mich eingeschränkt ☐ nein, ich fühle mich nicht eingeschränkt

...in Ihrer Schlafqualität:

☐ ja, ich fühle mich eingeschränkt ☐ nein, ich fühle mich nicht eingeschränkt

...in Ihren Alltagstätigkeiten:

☐ ja, ich fühle mich eingeschränkt ☐ nein, ich fühle mich nicht eingeschränkt

...in Ihren sportlichen Aktivitäten:

☐ ja, ich fühle mich eingeschränkt ☐ nein, ich fühle mich nicht eingeschränkt

...in Ihren schulischen / und/oder beruflichen Tätigkeiten:

☐ ja, ich fühle mich eingeschränkt ☐ nein, ich fühle mich nicht eingeschränkt