



Dr. med.  
**Carolina Morales Minovi**

Fachärztin für  
Hals- Nasen- und  
Ohrenheilkunde

Berrenrather Straße 197  
50937 Köln  
Telefon 0221 411124

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

# Allergische Rhinitis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen ihn mit in die Sprechstunde. Vielen Dank für Ihre Mühe.

## 1. Welche Beschwerden haben Sie durch Ihre Allergie?

Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere
Niesen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere
Juckreiz	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere
Laufende Nase	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere
Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere
<b>Gesamtbeschwerden</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwere

## 2. Wie oft leiden Sie im Durchschnitt unter Ihren allergischen Beschwerden?

Pro Woche	<input type="checkbox"/> weniger als 4 Tage	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Tage
Pro Jahr	<input type="checkbox"/> weniger als 4 Wochen	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen

## 3. Fühlen Sie sich durch Ihre Allergie eingeschränkt..

<b>... in Ihrer Lebensqualität</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>... beim Schlafen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>... in Ihrem Alltag</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>... beim Sport</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>... in der Schule oder bei der Arbeit</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer

## 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

.....