



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 |
| Gesamtbeschwerden | <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..

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

.....

.....