

Dokumentation der Symptomatik und Therapiekontrolle einer allergischen Rhinitis in der Routineversorgung

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