

ATEMWEGSALLERGIE-FRAGEBOGEN

Name, Vorname:
Pat.Nr.:
Größe:
Gewicht:

Datum:

Hyposensibilisierung JA NEIN

Beschwerdezeitraum

Jan. Feb. März Apr. Mai Juni Juli Aug. Sep. Okt. Nov. Dez.

Kreuzen Sie bitte jeweils EINE der angegebenen ANTWORTMÖGLICHKEITen an:

	nie	selten	ab und zu	oft	täglich
1. Wie häufig beeinträchtigten Ihre Beschwerden Ihre Konzentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig beeinträchtigten Ihre Beschwerden Ihren Schlaf ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig verspürten Sie „draußen“ Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig verspürten Sie „drinnen“ Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig waren Sie in der Arbeit/Schule durch Ihre Beschwerden gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig waren Sie in der Freizeit durch Ihre Beschwerden gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie häufig mussten Sie Augentropfen benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie häufig mussten Sie Nasenspray benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie häufig mussten Sie antiallergisch wirksame Tabletten einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft mussten Sie Asthma-Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie Ihre Einschätzung auf dem Skalenstrich markieren:

Wie störend sind Ihre Allergie-Beschwerden heute?

_____ nicht störend sehr störend

Wie störend sind nicht-allergische Beschwerden heute?

_____ nicht störend sehr störend

Wie fühlen Sie sich heute?

_____ sehr gut sehr schlecht