

Hautarztpraxis in Friedberg
Praxis für Dermatologie und Allergologie

Dr. med. Tilmann Oppel
Haagstr. 23, 86316 Friedberg
Tel: 0821 / 60 50 55

Atemwegs-Allergie-Fragebogen

Name, Vorname:

Datum:

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

Kreuzen Sie bitte die zutreffende ANTWORT an:

- Meine Beschwerden sind **seltener als 4 Tage pro Woche** oder **seltener als 4 Wochen pro Jahr**
- Meine Beschwerden sind **häufiger als 4 Tage pro Woche** oder **häufiger als 4 Wochen pro Jahr**