



Nasennebenhöhlensprechstunde

Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Direktor
Prof. Dr. Werner Heppt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte helfen Sie mit in der Vorbereitung Ihres Sprechstundentermins durch Beantwortung der folgenden Fragen:

Ganz herzlichen Dank!

Prof. Dr. Rainer Weber

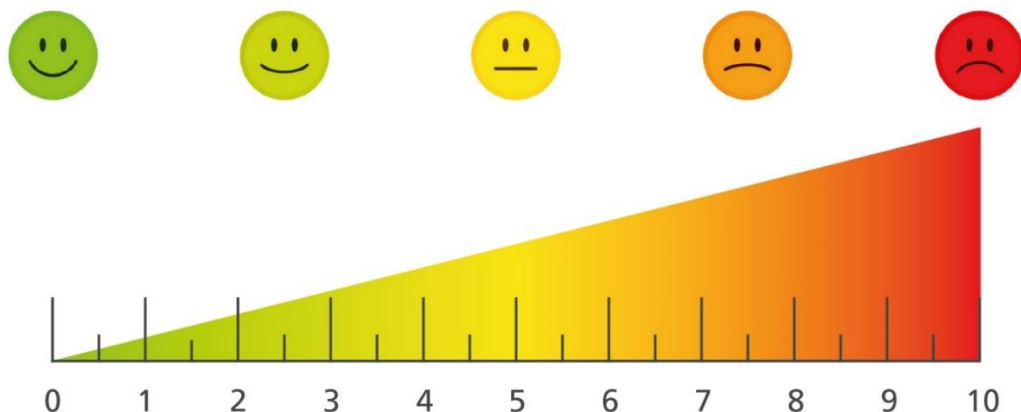
Leiter der Sektion Nasennebenhöhlen- und Schädelbasischirurgie, Traumatologie

Welche Hauptbeschwerden führen Sie in die Sprechstunde?

- 1.
- 2.
- 3.

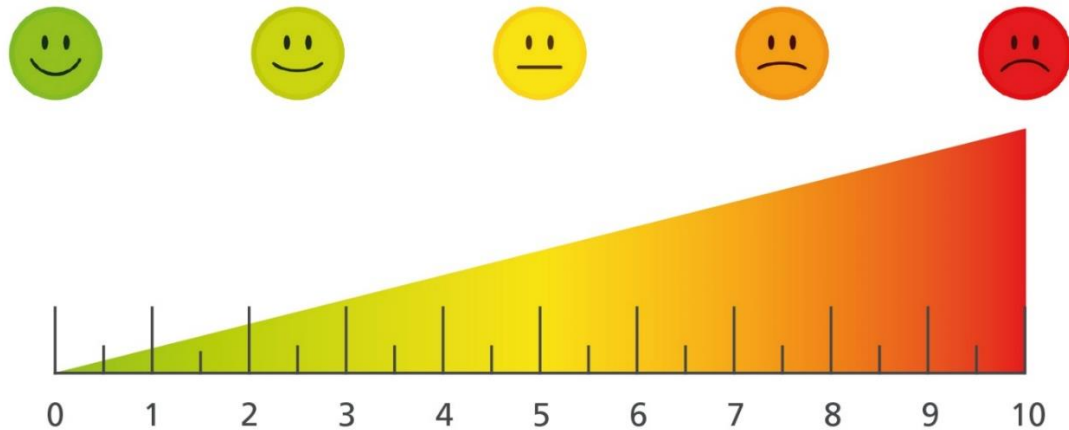
Wie bewerten Sie ihre gesamte **Einschränkung der Lebensqualität** durch die Nasenbeschwerden **in den letzten 4 Wochen** von 0 bis 10.

0 = keine Beschwerden, 5 = mittelgradige Beeinträchtigung, 10 = maximale Beeinträchtigung



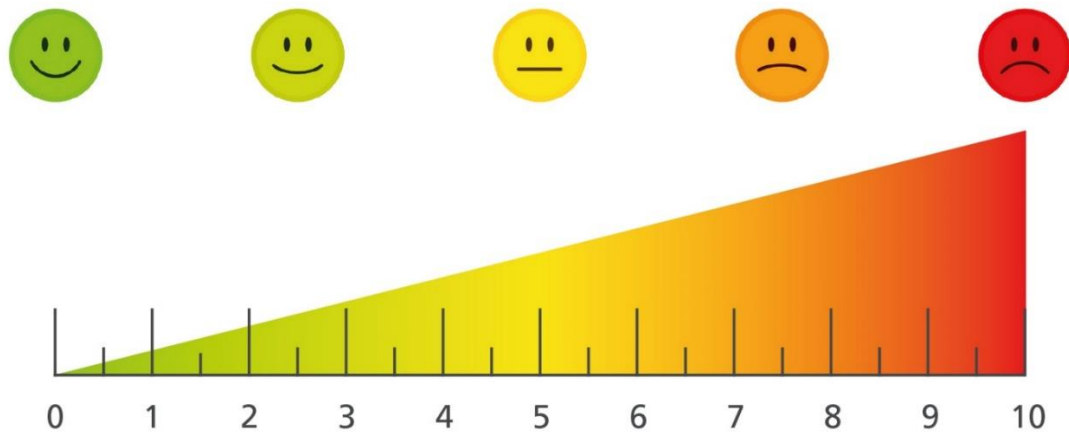
Wie ausgeprägt ist Ihre Behinderung / Einschränkung der Nasenatmung **in den letzten 4 Wochen** von 0 bis 10?

0 = Nase ganz frei, 5 = mittelgradige Einschränkung, 10 = Nase ganz zu



Wie ausgeprägt ist ihre Behinderung / Einschränkung Ihres Riechvermögens **in den letzten 4 Wochen** von 0 bis 10?

0 = Riechen normal, 5 = mittelgradige Beeinträchtigung, 10 = Riechverlust



Wenn Sie an einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung leiden, füllen Sie bitte noch den Fragenbogen zur Lebensqualität aus (SNOT 22).

[illegible]

Wenn Sie Asthma haben, bitte füllen Sie den Asthma Control Test aus, den Sie von Ihrem Pneumologen vermutlich schon kennen (nach <https://www.asthmacontroltest.com/de/quiz/adult-quiz>).

Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
-------	----------	----------	--------	-----

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als 1-mal am Tag	1-mal am Tag	1- bis 2-mal pro Woche	1- oder 2-mal pro Woche	Überhaupt nicht
-----------------------------	-----------------	---------------------------	-------------------------------	--------------------

Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	1-mal pro Woche	1- oder 2-mal	Überhaupt nicht
------------------------------------	---------------------------------	--------------------	------------------	--------------------

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z. B. Salbutamol) eingesetzt?

3-mal oder öfter am Tag	1- oder 2-mal am Tag	2- oder 3-mal pro Woche	1-mal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht
----------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	--------------------

Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht	Schlecht	Etwas	Gut	Völlig
--------------------	----------	-------	-----	--------