

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Bewertung sinunasaler Beschwerden (SNOT-22)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Symptomen und sozialen/emotionalen Auswirkungen Ihrer Rhinosinusitis. Es gibt bei den folgenden Fragen keine richtigen oder falschen Antworten – nur Sie können uns diese Informationen liefern. Bitte geben Sie für die jeweiligen Beschwerden die entsprechende Intensität in den letzten **14 Tagen** an. Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Fragen Sie jederzeit gerne nach, wenn Sie Hilfe benötigen.

**1**

Kreisen Sie ausgehend vom Schweregrad beim Auftreten und der Häufigkeit der jeweiligen Beschwerden für jedes der nachfolgenden Symptome bitte die Zahl ein, die angibt, wie „schlimm“ es Ihrem Empfinden nach ist. Verwenden Sie dabei die nebenstehende Skala →

	Keine Beschwerden	Minimale Beschwerden	Leichte oder schwache Beschwerden	Mittelstarke Beschwerden	Starke Beschwerden	Schlimmstmögliche Beschwerden	5 wichtigste Punkte
<b>1. Drang zum Schnäuzen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>2. Verstopfte Nase</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>3. Niesen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>4. Laufende Nase</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>5. Husten</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>6. Sekretfluss in den Rachen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>7. Dickes schleimiges Nasensekret</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>8. Druck auf dem Ohr</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>9. Schwindelgefühl</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>10. Ohrenschmerzen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>11. Schmerzen oder Druckgefühl im Gesichtsbereich</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>12. Verminderter Geruchs-/ Geschmackssinn</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>13. Probleme beim Einschlafen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>14. Nächtliches Aufwachen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>15. Kein erholsamer Schlaf</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>16. Müdigkeit beim Aufwachen</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>17. Erschöpfung</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>18. Verminderte Produktivität</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>19. Verminderte Konzentrations- fähigkeit</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>20. Frustration/Unruhe/Reizbarkeit</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>21. Traurigkeit</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>22. Verlegenheit</b>	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

**2**

Bitte markieren Sie die Punkte, welche Ihre Gesundheit am stärksten beeinträchtigen (bis zu 5 Punkte) ↑