

# Fragebogen Heuschnupfen

**Name:**

**Datum:**

**Beginn des Heuschnupfens in diesem Jahr:**

***1.: Nase:***

Fließschnupfen oder Stockschnupfen  
(Nasenverstopfung)?

Wässriger oder schleimiger Schnupfen?

Farbe der Absonderungen?

Milder oder scharfer Schnupfen (wunde  
Nase)?

Ist eine Seite stärker betroffen?

Wann ist der Schnupfen am schlimmsten?

- Uhrzeit
- Im Raum?
- Im Freien?
- Beim Gehen vom Freien in einen  
Raum oder umgekehrt?
- .....

Schmerz oder Völlegefühl der Nasenwurzel?

Kopfschmerzen?

Gibt es Niesreiz? Unter welchen  
Umständen?

Endet der Niesreiz im Niesen?

Gibt es Juckreiz ohne Niesreiz?

Gibt es andere Gefühle in der Nase wie  
Trockenheit, Brennen, Stechen etc.?

Nasenbluten?

Werden irgendwelche Symptome besser  
oder schlechter, wenn die Nase läuft?

Sind Geruchs- oder Geschmackssinn  
normal, vermindert oder empfindlicher?

## **2.: Augen**

Gibt es Juckreiz?

Gibt es Tränenfluss?

Ist der Tränenfluss mild oder scharf (wunde Bindehäute, der Haut um die Augen)?

Tritt der Tränenfluss zusammen mit anderen Ereignissen auf, z.B. beim Husten, Niesen, Gähnen etc.?

Gibt es andere Absonderungen der Augen?  
Schleim auf den Augen?

Gibt es Schmerzen der Augen,  
Schweregefühle,  
Müdigkeitsgefühle, Brennen, Trockenheit,  
Haargefühl, Fremdkörpergefühl, Gefühl wie  
von beißendem Rauch in den Augen etc.?

Sind die Augen geschwollen oder verfärbt?

In welchen Situationen sind die  
Beschwerden der Augen am schlimmsten:

- Uhrzeit?
- Im Freien oder im Zimmer, Wärme oder Kälte, Temperatuwechsel?
- Bewegung der Augen? Berührung der Augen?
- Schließen oder öffnen der Augen?
- .....

Was können Sie tun, dass die Beschwerden  
> werden?

Welchen Einfluss hat Reiben auf die Augen?

Sind Sie lichtempfindlich?

Ist ihr Sehvermögen beeinflusst, z.B.  
Verdunkelung der Sicht oder andere  
Phänomene?

Ist von den Augen eine Seite schlimmer  
betroffen, sind die Außenwinkel schlimmer  
betroffen oder haben Sie Beschwerden der  
Lidränder?

<p><b>3.: Rachen, Ohren, Hals, Atmung</b></p> <p>Gibt es Beschwerden in diesem Bereich, wo und wie (Brennen, Juckreiz, Wundheit, Trockenheit etc.)</p> <p>Wodurch werden diese Beschwerden besser oder schlechter?</p> <p>Gibt es Hustenreiz? Beschreiben sie diesen bitte.</p> <p>Wenn die Atmung beeinträchtigt ist, beschreiben Sie bitte genau, in welchen Situationen die Atemnot &lt; ist.</p>	
<p><b>4.: Wie ist ihr Allgemeinbefinden?</b></p> <p>Welches Symptome ist dabei am schlimmsten? (z.B. Müdigkeit, Schwäche, schlechte Stimmung etc.)</p> <p>Sind sie insgesamt eher frostig oder hitzig? Schweiß?</p> <p>Zu welchen Zeiten geht es Ihnen insgesamt am schlechtesten?</p> <p>Welche Art von Witterung verbessert oder Verschlechtert (Sonne, feuchtes Wetter, windiges Wetter etc.)</p> <p>Welchen Einfluss hat Bewegung auf ihr Allgemeinbefinden?</p> <p>Ist ihr Schlaf beeinträchtigt?</p> <p>Sind Sie sinnesempfindlich, etwa gegen Geräusch oder Berührung?</p>	
<p><b>5.: Was haben Sie noch?</b></p> <p>Kopf?</p> <p>Verdauungssystem?</p> <p>Genitalien?</p> <p>Glieder, Rücken etc.?</p> <p>Blase, Wasserlassen?</p> <p>Haut?</p>	

**6.:**

*Nennen Sie bitte von all den aufgeführten Symptomen die drei oder vier schlimmsten Symptome, beginnend mit dem schlimmsten etc.*