

## 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.

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

**2** Bitte markieren Sie die Punkte, welche Ihre Gesundheit am stärksten beeinträchtigen (bis zu 5 Punkte) \_\_\_\_\_ ↗