


Fragebogen zur Bewertung sinusnasaler Beschwerden (SNOT-22)



Name, Vorname _____

Datum _____

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Symptomen und sozialen/emotionalen Auswirkungen Ihrer Rhinosinusitis. Wir würden gerne mehr über diese Beschwerden erfahren und wären Ihnen dankbar, wenn Sie die folgenden Fragen so gut Sie können beantworten könnten. Es gibt bei diesen 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 Skala rechts: 	Keine Beschwerden	Minimale Beschwerden	Leichte oder schwache Beschwerden	Mittelstarke Beschwerden	Starke Beschwerden	Schlimmstmögliche Beschwerden	5 wichtigste Punkte
1. Drang zum Schnäuzen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
2. Verstopfte Nase	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
3. Niesen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
4. Laufende Nase	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
5. Husten	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
6. Sekretfluss in den Rachen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
7. Dickes schleimiges Nasensekret	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
8. Druck auf dem Ohr	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
9. Schwindelgefühl	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
10. Ohrenschmerzen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
11. Schmerzen oder Druckgefühl im Gesichtsbereich	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
12. Verminderter Geruchs-/Geschmackssinn	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
13. Probleme beim Einschlafen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
14. Nächtliches Aufwachen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
15. Kein erholsamer Schlaf	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
16. Müdigkeit beim Aufwachen	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
17. Erschöpfung	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
18. Verminderte Produktivität	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
19. Verminderte Konzentrationsfähigkeit	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
20. Frustration/Unruhe/Reizbarkeit	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
21. Traurigkeit	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
22. Verlegenheit	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>

2. Bitte markieren Sie in der rechten Spalte, welche Symptome Ihre Gesundheit am stärksten beeinträchtigen (bis zu 5 Punkte)