

Name Patient:

Datum: .././....

FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTUNTERSUCHUNG AUF ERKRANKUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT TYP2*-ENTZÜNDUNGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte kreuzen Sie möglichst für alle Fragen entweder «ja» oder «nein» an. Das vollständige Ausfüllen unterstützt die Behandlung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt!

	Frage	Antwort	
		ja	nein
1	Haben Sie ständig oder über längere Zeiträume hinweg einen trockenen Husten?	☐	☐
2	Haben Sie Schwierigkeiten beim Atmen, auch wenn Sie sich nicht körperlich angestrengt haben?	☐	☐
3	Ist Ihre Nase regelmässig verstopft?	☐	☐
4	Haben Sie das Gefühl, Ihren Geruchssinn verloren zu haben oder schlechter zu riechen?	☐	☐
5	Niesen Sie regelmässig oder zu bestimmten Jahreszeiten häufig?	☐	☐
6	Juckt Ihre Nase und/oder Ihr Gaumen regelmässig oder zu bestimmten Jahreszeiten?	☐	☐
7	Jucken Ihre Augen regelmässig oder zu bestimmten Jahreszeiten?	☐	☐
8	Haben Sie regelmässig oder zu bestimmten Jahreszeiten gerötete und/oder tränende Augen?	☐	☐
9	Haben Sie nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel jemals ein Jucken auf den Lippen, im Mund oder im Hals verspürt?	☐	☐
10	Haben Sie nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel plötzlich Atembeschwerden, Husten, Juckreiz am Körper oder Hautveränderungen oder Schwellungen im Gesicht verspürt?	☐	☐
11	Haben Sie Hautausschläge oder rote Flecken auf der Haut, die häufig stark jucken?	☐	☐
12	Spüren Sie, dass die Haut an den Stellen, an denen Sie sich häufig kratzen, dicker oder spröder ist?	☐	☐
13	Haben Sie manchmal Probleme beim Schlucken von Nahrung oder sogar Übelkeit und Erbrechen?	☐	☐
14	Spüren Sie beim Essen manchmal eine Art Kloss oder Unbehagen in der Brust/im Magen, der Sie am Weiterschlucken hindert?	☐	☐
15	Haben Sie kurz nach der Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika oder anderen Entzündungshemmern innerhalb von 1–3 Stunden Beschwerden wie z.B. Atembeschwerden, Verstopfung der Nase, Nasenlaufen oder andere entwickelt oder haben sich diese verschlimmert?	☐	☐