

# Anamnesebogen<sup>1</sup>

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wann ist erstmals ein schlechtes Riechvermögen aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wie trat die Riechstörung auf? • plötzlich • allmählich

Auf was führen Sie das zurück? \_\_\_\_\_

## Art der Riechstörung:

- Ich rieche überhaupt nichts.
- Ich rieche deutlich weniger als früher
- Ich rieche bestimmte Stoffe schlechter, z. B. \_\_\_\_\_
- Ich rieche bestimmte Stoffe anders, z. B. \_\_\_\_\_  
Dies ist • angenehm • unangenehm • weder angenehm noch unangenehm
- Ich nehme Gerüche wahr, wenn andere nichts riechen, z. B. \_\_\_\_\_  
Dies ist • angenehm • unangenehm • weder angenehm noch unangenehm

## Wird durch die Riechstörung Ihre Lebensqualität eingeschränkt ?

- Nein, überhaupt nicht
- Ja, in bestimmten Situationen, z. B.: \_\_\_\_\_
- Ja, ständig.

## Bestehen oder bestanden folgende Krankheitsbilder ?

## Besteht oder bestand ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einer dieser Erkrankungen und Ihrer Riechstörung ?

- |   |        |      |             |
|---|--------|------|-------------|
| • Heuschnupfen / Allergie?                  | • nein | • ja | seit: _____ |
| • Behinderte Nasenatmung ?                  | • nein | • ja | seit: _____ |
| • Häufige Nasennebenhöhlenentzündungen ?    | • nein | • ja | seit: _____ |
| • Häufige Erkältungskrankheiten/Schnupfen ? | • nein | • ja | seit: _____ |
| • Unfall mit Kopfbeteiligung ?              | • nein | • ja | wann: _____ |
| • Operation im Nasenbereich ?               | • nein | • ja | wann: _____ |
- welche Operation: \_\_\_\_\_

- Andere (z.B. Chemikalien):  
(bitte beschreiben Sie): \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente werden / oder wurden in zeitlichem Zusammenhang mit der Riechstörung eingenommen?

- Keine • Folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

- nein, noch nie • nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_ (Jahr), zuvor (was) \_\_\_\_\_ (Zigaretten, Pfeife, etc.)

- ja seit \_\_\_\_\_ (Jahr), (was) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stück pro Tag, \_\_\_\_\_ Jahre lang

Wie beurteilen Sie Ihre **Nasenatmung** auf der untenstehenden Skala von 1-10 (1=sehr schlecht, 10=sehr gut)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
• • • • • • • • • •  
sehr schlecht normal sehr gut

Wie beurteilen Sie Ihr **Riechvermögen** auf der untenstehenden Skala von 1-10 (1=sehr schlecht, 10=sehr gut)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
• • • • • • • • • •  
sehr schlecht normal sehr gut

<sup>1</sup> Dieser Bogen wurde im wesentlichen entworfen von Dr. Wolf und Dr. Stania, unter Mitarbeit von (u.a.) Dr. Damm, Dr. Fleischer, Prof. Gudziol, Prof. Hüttenbrink, Prof. Kobal und Dr. Welge-Luessen.