

## HULL-FRAGEBOGEN ZUM ATEMWEGSREFLUX

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Einheit Nr.: \_\_\_\_\_

DATUM DES TESTS: \_\_\_\_\_

Bitte kreisen Sie für jede Frage die passendste Antwort ein

<b>Wie haben sich die folgenden Probleme im letzten MONAT auf Sie ausgewirkt?</b>						
<b>0 = kein Problem und 5 = schweres/häufiges</b>						
<b>Problem</b>						
Heiserkeit oder ein Problem mit Ihrer Stimme	0	1	2	3	4	5
Sich räuspern	0	1	2	3	4	5
Das Gefühl, als ob etwas hinten die Nase oder den Rachen hinabtropft	0	1	2	3	4	5
Würgen oder Erbrechen beim Husten	0	1	2	3	4	5
Husten beim Hinlegen oder Vornüberbeugen	0	1	2	3	4	5
Engegefühl im Brustkorb oder Keuchen beim Husten	0	1	2	3	4	5
Sodbrennen, Verdauungsstörung, hochsteigende Magensäure (oder nehmen Sie Medikamente dagegen, falls ja, mit 5 bewerten)	0	1	2	3	4	5
Ein Kratzen im Hals oder ein Klumpen im Hals	0	1	2	3	4	5
Husten beim Essen (während der oder bald nach den Mahlzeiten)	0	1	2	3	4	5
Husten bei bestimmten Speisen	0	1	2	3	4	5
Husten beim Aufstehen am Morgen	0	1	2	3	4	5
Husten infolge von Singen oder Sprechen (zum Beispiel am Telefon)	0	1	2	3	4	5
Mehr Husten im Wachzustand als im Schlaf	0	1	2	3	4	5
Ein seltsamer Geschmack im Mund	0	1	2	3	4	5

GESAMTPUNKTZAHL \_\_\_\_\_ /70