

1. Wann ist Ihnen erstmals ein schlechtes Riechvermögen aufgefallen?

.....
2. Wie trat die Riechstörung auf? Bitte kreuzen Sie an:

- plötzlich
- schleichend

3. Worauf führen Sie das Auftreten der Riechstörung zurück (z.B. grippaler Infekt)?

.....

4. Ausmaß und Art der Riechstörung (Bitte kreuzen Sie an bzw. ergänzen Sie):

- Ich rieche überhaupt nichts mehr.
- Ich rieche deutlich weniger als früher.
- Ich rieche bestimmte Stoffe schlechter, z. B.

 Ich rieche bestimmte Stoffe anders, z. B.

Dies ist eher:

- angenehm
- unangenehm
- weder angenehm noch unangenehm
- Ich nehme Gerüche wahr wenn andere nichts riechen,
z. B. _____

Dies ist eher:

- angenehm
- unangenehm
- weder angenehm noch unangenehm

5. Wird durch die Riechstörung Ihre Lebensqualität beeinträchtigt?

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

