

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5

RSI - Wert
(Total) _____