



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine möglichst optimale Beurteilung und Behandlung Ihrer Beschwerden zu gewährleisten, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie zutreffende Fragen aus (gestrichelt markiert) oder kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen (*Ja* oder *Nein*) an.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zu Ihrem Schwindel:

Wurden Sie schon einmal wegen Schwindel behandelt ? Ja Nein
Wenn ja, wann war das und wo wurden Sie behandelt ?

Haben Sie zum derzeitigen Zeitpunkt Schwindel ? Ja Nein

Wann war die letzte Schwindelattacke oder der letzte Schwindel ? _____

Wie oft haben Sie Schwindel(attacken)? _____ pro Monat
_____ pro Jahr

Haben Sie einen Dauerschwindel ? Ja Nein
Wenn nein wie lange dauert er an ? _____ Minuten
_____ Stunden
_____ Tage

Der Schwindel ist am ehesten zu beschreiben als:

- Liftfahren
- Karussellfahren
- Unsicherheits-Gefühl

Tritt der Schwindel vor allem beim Aufstehen auf ? Ja Nein

Tritt der Schwindel vor allem beim Umdrehen im Bett auf ? Ja Nein

Tritt der Schwindel vor allem bei schnellen Kopfbewegungen auf ? Ja Nein



Tritt der Schwindel in einer bestimmten Haltung des Kopfes auf ? Ja Nein

Wenn ja in welcher ? _____

Sehen Sie in Ruhe die Umwelt verschwommen oder unscharf ? Ja Nein

Sehen Sie beim Gehen die Umwelt verschwommen oder unscharf ? Ja Nein

Begleitsymptomatik:

Treten mit dem Schwindel folgende Begleitsymptome auf ?

Kopfschmerzen ? Ja Nein

Ohrendruck oder Völlegefühl im Ohr ? Ja Nein

Fallneigung ? Ja Nein

Gangunsicherheit ? Ja Nein

Gefühlsstörungen ? Ja Nein

Wenn ja wo ? _____

Schwäche einer oder mehrerer Extremitäten ? Ja Nein

Übelkeit ? Ja Nein

Erbrechen ? Ja Nein

Schwitzen ? Ja Nein

Herzrasen ? Ja Nein

Zittern ? Ja Nein

Unschärf sehen (wie durch einen Schleier) ? Ja Nein

Atemnot ? Ja Nein



Vorerkrankungen:

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Erkrankungen des Herzens oder der Lunge? Ja Nein

Erkrankungen der Niere ? Ja Nein

Zuckerkrankheit ? Ja Nein

Migräne oder Kopfschmerzen ? Ja Nein

Erkrankungen der Augen ? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems ? Ja Nein

Erkrankungen der Ohren ? Ja Nein

Erkrankungen des Kiefergelenks / der Zähne ? Ja Nein

Risikofaktoren:

Rauchen Sie ? Wenn ja wieviel ? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Wenn ja wieviel ? _____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Ja Nein

Wenn ja welche ? _____

Sind Sie in der letzten Zeit mit Antibiotika behandelt worden ? Ja Nein

Wenn ja warum und wann ? _____

Sind Sie schon einmal mit einer Chemotherapie behandelt worden ? Ja Nein

Wenn ja warum und wann ? _____



Familie und Soziales:

- Sind vererbte Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt ? Ja Nein
- Können Sie durch den Schwindel noch in Ihrem Beruf arbeiten ? Ja Nein
- Können Sie nachts durchschlafen ? Ja Nein
- Fühlen Sie sich vermehrt traurig in der letzten Zeit ? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor Menschenansammlungen (z.B. Kaufhäuser) ? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor engen Räumen oder weiten Plätzen ? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen oder Gegenständen ? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor dem Schwindel ? Ja Nein
- Haben Sie in der letzten Zeit vermehrt Stress bei der Arbeit ? Ja Nein
- Haben Sie in der letzten Zeit vermehrt Stress in der Familie? Ja Nein

Herzlichen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens.

Wir werden unser Möglichstes tun Ihnen Antworten auf Ihre Fragen zu geben um mit Ihnen gemeinsam eine Perspektive für die Behandlung zu entwickeln.