



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

Unscharf 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 vererbare 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.