

Persönliche Angaben

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum / Alter:

Beruf:

Heutiges Datum:

Hausärztin/arzt falls Berichtskopie gewünscht:

Die folgende systematische Befragung mittels Fragebogen ersetzt nicht das ärztliche Gespräch. Auch wenn die Beantwortung der Fragen oft schwierig ist, versuchen Sie diese so gut wie möglich zu beantworten. Bitte lassen Sie uns den Fragebogen VOR der Konsultation ausgefüllt zukommen oder bringen Sie diesen ausgefüllt mit.

1. Seit wann haben Sie Schwindelbeschwerden? _____

Wann zuletzt? _____

2. Welche Art von Schwindel haben sie (Mehrfachantwort möglich)?

- Drehschwindel (wie in einem Karussell)
- Schwankschwindel (wie auf einem Schiff)
- Liftschwindel (wie in einem Aufzug)
- Unsicherheitsgefühl / Betrunkeneheitsgefühl
- Ohnmachtsgefühl / Schwarz werden vor den Augen
- Schwäche in den Beinen
- Sonstiges: _____

3. Bewegt sich die Umgebung während Ihrer Schwindelbeschwerden?

- ja nein (Unwohlsein/Unsicherheitsgefühl)

4. Wie lange dauern Ihre Schwindelbeschwerden (eine einzelne Episode / Attacke)?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- andauernd / durchgehend

5. Der Schwindel bereitet Ihnen Probleme (Mehrfachantwort möglich)

- Gehen oder Stehen
- Liegen oder Sitzen
- Sie sind bereits deswegen gestürzt
- Sie haben eine Falltendenz, welche Richtung?
 - vorne
 - hinten
 - rechts
 - links

6. Was löst/löste Ihre Schwindelbeschwerden aus? (Mehrfachantwort möglich)

- Kopfbewegungen (rechts-links)
- Kopfbewegungen (oben-unten)
- bestimmte Körperpositionen. Welche? _____
- Drehen im Liegen / im Bett. Auf welche Seite? _____
- Hinlegen / Aufstehen
- Zur Decke sehen
- Husten / körperliche Anstrengung
- Lift fahren / Treppensteigen
- Reisen auf dem Schiff / Autofahrten
- Lärm
- Menschenansammlungen / Supermärkte / offene, weite Plätze
- Stress / Angst / Depression
- Kopfstoss / Unfall
- für Frauen: Menstruation

7. Gibt es eine Veränderung der Schwindelbeschwerden unter:

Alkohol

- Verschlimmerung des Schwindels unverändert Verbesserung des Schwindels

Dunkelheit

- Verschlimmerung des Schwindels unverändert Verbesserung des Schwindels

8. Haben sich die Schwindelbeschwerden im Laufe der Zeit

- verbessert gleich geblieben verschlimmert

9. Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Haben Sie das Gefühl schlechter zu hören? rechts links beidseits

Haben Sie Ohrgeräusche? rechts links beidseits

Haben Sie ein Druckgefühl auf dem Ohr? rechts links beidseits

Haben oder hatten Sie oft Ohrenschmerzen? rechts links beidseits

Haben Sie Ausfluss aus dem Ohr? rechts links beidseits

Wurden Sie am Ohr operiert? rechts links beidseits

Haben Sie Ohrprobleme beim Fliegen/Tauchen? rechts links beidseits

10. Leidet jemand in Ihrer Familie an Schwindel, einer Hörminderung oder Migräne?

- ja nein

11. Wie stark beeinträchtigen Sie die Schwindelbeschwerden im Alltag?

- gar nicht wenig mässig stark sehr stark unerträglich

12. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

ja nein

Wenn ja, wie häufig: _____ pro Woche pro Monat

Wenn ja, wie lange: _____

Schmerzcharakter: stechend pulsierend drückend anderes: _____

Ort der Schmerzen: Stirn Augen Schläfe halber Kopf ganzer Kopf

Treten die Kopfschmerzen meist / oft zusammen mit den Schwindelbeschwerden auf?

ja nein

Ist helles Licht unangenehm (Überempfindlichkeit)?

ja nein

Sind laute Geräusche unangenehm (Überempfindlichkeit)?

ja nein

Sind starke Gerüche unangenehm (Überempfindlichkeit)?

ja nein

Haben Sie bei Kopfschmerzen Doppelbilder / sehen sie unscharf / Flimmern / Tunnelblick?

ja nein

13. Haben Sie eine neue Brille / Gleitsichtbrille oder Kontaktlinsen?

ja nein

14. Haben Sie Ihren Kopf jemals verletzt?

ja nein

15. hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss?

ja nein wenn ja, wann? _____

16. Hatten Sie schon eine sexuell übertragbare Krankheit?

ja nein

17. Leiden Sie an

- Nackenschmerzen / Problemen an der Halswirbelsäule
- Gefühlsstörungen im Gesicht- oder Halsbereich
- Schwäche in den Beinen oder Armen
- Sprech- oder Schluckstörungen
- Geschmacks- oder Geruchsveränderung / -verminderung
- hat sich Ihre Handschrift verändert
- Appetitlosigkeit / Gewichtsverlust
- Herzbeschwerden (zu hoher oder niedriger Blutdruck / Angina pectoris / unregelmässiger Puls)
- Diabetes
- psychiatrischen Problemen (Depression, Angst etc.)
- Epilepsie
- rheumatischen Beschwerden
- Allergien, wenn ja welche: _____