

# Fragebogen Schwindel

Sehr geehrte Patienten,

um den reibungslosen Ablauf der Sprechstunde zu gewährleisten bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Fragen aus (gestrichelt markiert) oder kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen (Ja  oder Nein ) an.

**Name und Vorname** .....

**Geburtsdatum** .....

**Anschrift** .....

**Telefon** .....

## **Anamnese**

Haben Sie zum derzeitigen Zeitpunkt Schwindel? Ja  Nein

Wann genau haben die Schwindelbeschwerden begonnen .....

Treten die Symptome in Attacken  oder dauernd  auf  
wenn Attacken wie oft .....pro Tag .....pro Woche.....pro Monat

Wie lang dauert(e) der Schwindel? Minuten  Stunden  Tage

Wann war die letzte Schwindelattacke oder der letzte Schwindel? .....

## **Symptome**

Drehgefühl Ja  Nein  Gangunsicherheit Ja  Nein

Fallneigung Ja  Nein  Liftfahren Ja  Nein

## **Begleitsymptomatik**

Übelkeit Ja  Nein  Erbrechen Ja  Nein

Doppelbilder Ja  Nein  wackelnde Bilder Ja  Nein

Unschärfsehen Ja  Nein  Hörverlust Ja  Nein

Tinnitus Ja  Nein  Druckgefühl im Ohr Ja  Nein

Gefühlsstörungen Ja  Nein  Schwitzen Ja  Nein

Herzrasen Ja  Nein  Zittern Ja  Nein

Atemnot Ja  Nein  Armschwäche/Beinschwäche Ja  Nein

Kopfschmerzen Ja  Nein  wenn ja, sind sie

lichtempfindlich  lärmempfindlich  geruchsempfindlich

## Wird ihr Schwindel durch folgende Situationen ausgelöst oder verstärkt?

Änderung der Kopf- oder Körperposition	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aufstehen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Umdrehen im Bett auf	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sport	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
enge Räume oder weite Plätze	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Husten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schnelle Kopfbewegungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hitze	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gehen im Hellen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Stress	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gehen im Dunkeln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Alkohol	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fahrstühle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tauchen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Laute Geräusche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

## Vorerkrankungen:

Erkrankungen der Lunge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Herzens	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Niere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, z.B. Migräne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

## Risikofaktoren:

Rauchen Sie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?	.....
Trinken Sie regelmäßig Alkohol	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel und was?	.....

## Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?.....

Haben Sie Medikamente gegen Schwindel eingenommen? Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

Sind Sie jemals mit einem der folgenden Medikamente behandelt worden? :

Beta-Blocker <input type="checkbox"/>	Furosemid <input type="checkbox"/>	Gentamicin <input type="checkbox"/>
Benzodiazepine <input type="checkbox"/>	Vancomycin <input type="checkbox"/>	Antidepressiva <input type="checkbox"/>

**Familie und Soziales:**

- Sind neurologische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja  Nein
- Können Sie aufgrund des Schwindels nicht mehr ihrem Beruf nachgehen? Ja  Nein
- Können Sie nachts nicht durchschlafen? Ja  Nein
- Fühlen Sie sich vermehrt traurig in letzter Zeit? Ja  Nein
- Haben Sie Angst vor Menschenansammlungen (z.B. Kaufhäusern)? 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

Bitte beschreiben Sie ihre Gleichgewichtsprobleme in eigenen Worten so genau und detailliert wie möglich

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens*