

Fragebogen betreffend Schwindelbeschwerden

Bei der Abklärung von Schwindelbeschwerden sind die Angaben des Patienten für die Klärung der Ursache meist entscheidend. Die Angaben sollten umfassend und möglichst präzise sein – je vager und unbestimmter die Angaben (z.B. Angaben wie: „schon länger“, „schon häufig“), desto schwieriger ist die Abklärung und desto geringer letztlich die Chance, die Ursache zu finden. Dieser Fragebogen soll helfen, die Art der Beschwerden etwas einzugrenzen. Falls Fragen unklar oder nicht zu beantworten sind, bitte die Fragennummer einkreisen und die Frage unbeantwortet lassen. Besten Dank für Ihre Mithilfe.

PS: Eine Bitte an die Damen: Bitte kommen Sie zur Untersuchung mit ungeschminkten Augen. Mascara/Wimpertusche kann die Untersuchung behindern. Danke.

1. Wann genau haben die Schwindelbeschwerden begonnen? _____
2. Haben Sie diesen Schwindel andauernd? ja nein
3. Tritt Ihr Schwindel anfallsweise auf? ja nein
Wenn Ja: Wie oft (Anzahl pro Tag, pro Woche oder pro Monat) _____
4. Wie lange dauert ein Anfall? Sekunden Minuten Stunden Tage
5. Wann hatten Sie den letzten Anfall? _____
6. Beginnt der Schwindel am Morgen beim Erwachen? ja nein
7. Beginnt der Schwindel am Morgen erst beim Aufsitzen an den Bettrand ja nein
8. Beginnt der Schwindel am Morgen erst beim Aufstehen aus dem Sitzen? ja nein
10. Können Sie Ihren Schwindel auslösen? ja nein
Wenn ja: wie? _____
11. Ist der Schwindel abhängig von einer gewissen Bewegung (Wäsche aufhängen, aufstehen, Umdrehen im Bett) oder Körperhaltung (Beugen oder Aufstehen)? ja nein
Wenn ja: welche? _____
12. Haben Sie eine Vorstellung, wodurch Ihr Schwindel entstanden ist? ja nein
Wenn ja: wodurch? _____
13. Wird Ihr Schwindel durch irgendetwas angekündigt? ja nein
Wenn ja: wodurch? _____
14. Bei anfallsweisem Schwindel: Sind Sie zwischen den Anfällen beschwerdefrei? ja nein
15. Leiden Sie unter Reisekrankheit? ja nein
Wenn ja: wann? _____
16. Hat der Schwindel nach einer schweren Grippe begonnen? ja nein
17. Hat der Schwindel nach einer Flugreise begonnen? ja nein
18. Tauchen Sie? ja nein
Hat der Schwindel während oder nach (bitte unterstreichen) dem Tauchen begonnen? ja nein
19. Tritt der Schwindel während körperlicher Anstrengung oder Pressen (Toilette) auf? ja nein
Wenn ja: bei welcher? _____
20. Sehen Sie scharf? ja nein
Falls nein: seit wann? _____
Trage Sie eine Brille? ja nein
Tragen Sie eine Gleitsichtbrille? ja nein
21. Sehen Sie manchmal doppelt? ja nein
22. Haben Sie manchmal schwarze Punkte vor den Augen ja nein
23. Haben Sie kürzlich neue Brillengläser gekauft? ja nein

24. Haben Sie Probleme beim Gehen im Dunkeln? ja nein
25. Haben Sie während eines Anfalles das Gefühl zu fallen? ja nein
 Falls ja: in welche Richtung? rechts links vorne hinten unbestimmt
26. Tritt der Schwindel zusammen mit Übelkeit und / oder Erbrechen auf? ja nein
27. Können Sie während eines Anfalles gehen? ja nein
28. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Umgebung während eines Anfalles dreht? ja nein
 Falls ja: in welche Richtung? _____
29. Oder haben Sie das Gefühl, dass Sie sich während eines Anfalles selber drehen? ja nein
 Falls ja: in welche Richtung? _____
30. Können Sie Ihren Schwindel in irgendeiner Weise beeinflussen? ja nein
 Wenn ja: wodurch und in welcher Weise? _____
-
31. Sind Sie berufstätig? ja nein
 Wenn ja: Was ist Ihre Tätigkeit? _____
32. Machen Sie Sport? ja nein
 Wenn ja: Welchen? _____
33. Haben Sie Ohrfluss? ja nein
 Falls ja: wo? rechts links beidseits
34. Wurden Sie an den Ohren operiert? ja nein
35. Spüren Sie einen Druck in den Ohren während eines Schwindelanfalles? ja nein
 Falls ja: wo? rechts links beidseits
36. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Hörvermögen während eines Schwindelanfalles verändert? ja nein
 Falls ja: wie? _____
 Falls ja: wo? rechts links beidseits
37. Haben Sie Ohrensausen (Pfeifen, Brummen etc.)? ja nein
 Wenn ja, wann? _____
 Falls ja: wo? rechts links beidseits
 Wie wird Ihr Ohrgeräusch durch den Schwindelanfall beeinflusst? _____
38. Ist Ihr Hörvermögen auf einer Seite schlechter? ja nein
 Falls ja: wo? rechts links beidseits
39. Hatten Sie Ohrenscherzen? ja nein
 Wenn ja, in welchem Ohr? rechts links beidseits
40. Wurde Schwindel bei Ihnen schon durch Lärm verursacht? ja nein
41. Hatten Sie schon mal ein Kribbeln um den Mund, an den Armen oder Beinen? ja nein
42. Haben Sie mal eine Schwäche Ihrer Arme oder Beine bemerkt? ja nein
43. Haben Sie schon mal Probleme mit Sprechen gehabt? ja nein
44. Leiden Sie gelegentlich unter Herzklopfen? ja nein
45. Hatten Sie mal ein Druckgefühl auf der Brust bei Anstrengung? ja nein
46. Schwitzen Sie schnell? ja nein
47. Haben Sie manchmal Probleme mit Schlucken oder ein Würgegefühl? ja nein
48. Haben Sie mal eine Schädelverletzung mit Bewusstseinsverlust erlitten? ja nein
49. Wenn Sie Schwindel haben, fühlen Sie sich „leicht im Kopf“? ja nein
50. Haben Sie während Ihres Schwindels Angst, das Bewusstsein zu verlieren? ja nein
51. Sind Sie mal während eines Schwindelanfalles ohnmächtig geworden? ja nein
52. Kommt der Schwindel zusammen mit Kopfschmerzen? ja nein
53. Leiden Sie unter Migräne oder gibt es Migräne-Fälle in Ihrer Familie? ja nein
54. Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf, wenn Sie Schwindel haben? ja nein
55. Tritt der Schwindel eher unter der Woche oder am Wochenende auf? Wochentags Wochenende
56. Bekommen Sie Schwindel, wenn Sie hungrig sind? ja nein
57. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ihrem Schwindel und Ihrem Zyklus? ja nein
58. Sind Sie leicht verletzlich? ja nein

59. Stehen Sie oder arbeiten Sie unter Druck (Stress)? ja nein
60. Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, was und wieviel (Anzahl Zigaretten pro Tag)?
61. Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein
Wenn ja wieviel und zu welcher Tageszeit?
62. Welche Medikamente nehmen Sie ein oder haben Sie bis vor kurzem eingenommen? _____

63. Waren Sie schon einmal im Spital? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____

64. Litten Sie an schweren Erkrankungen, welche zu Hause behandelt wurden? ja nein
Wenn ja, an welchen? _____

65. Sind Sie ängstlich? Geraten Sie rasch in Panik? ja nein
66. Haben Sie Gedächtnisprobleme? ja nein
67. Hatten Sie schon mal Schwindel unter vielen Leuten? ja nein
68. Sind Sie häufig müde, antriebslos? ja nein
69. Leiden Sie an Schlafstörungen? ja nein
Wenn ja, in welcher Weise? _____

70. Wird Ihr Schwindel nach Alkoholkonsum besser (o) oder schlechter (o)
71. Verstärken optische Reize den Schwindel ja nein
72. Ist der Schwindel besser im Freien (o) oder in Innenräumen (o) – oder kein Einfluss der Umgebung (o)

FALLS SIE MAL EINEN SCHWEREN UNFALL ERLITTEN HABEN oder falls Ihr Schwindel nach dem Unfall begonnen hat, bitten wir Sie folgende Fragen auszufüllen.

Art des Unfalles: _____

Datum des Unfalles: _____

Leiden Sie seither an:

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Nackenschmerzen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kopfschmerzen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schulterschmerzen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Armbeschwerden | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schwindel | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gehörminderung | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig | |
| Ohrensausen | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig | |
| | <input type="radio"/> konstant | <input type="radio"/> gelegentlich | | |
| Sehstörungen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Konzentrationsproblemen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wortfindungsproblemen | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Vergesslichkeit | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Überempfindlichkeit für helles Licht | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Überempfindlichkeit für Lärm | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schneller Ermüdbarkeit | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlechtem Schlaf | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erhöhter Nervosität | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

