

## Fragebogen betreffend Schwindelbeschwerden

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 beim Aufsitzen Im Bett  ja  nein
8. Beginnt der Schwindel am Morgen beim Aufstehen?  ja  nein
10. Können Sie Ihren Schwindel auslösen?  ja  nein  
Wenn ja: wie? \_\_\_\_\_
11. Ist der Schwindel abhängig von einer gewissen Kopfbewegung (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. 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 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
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 mal 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, welche Marke und wie viele 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 mal im Spital? 0 ja 0 nein

Wenn ja, weshalb?

64. Litten Sie an schweren Erkrankungen, welche zu Hause behandelt wurden? 0 ja 0 nein

Wenn ja, an welchen?

65. Sind Sie ängstlich? Geraten Sie rasch in Panik? 0 ja 0 nein

66. Haben Sie Gedächtnisprobleme? 0 ja 0 nein

67. Hatten Sie schon mal Schwindel unter vielen Leuten? 0 ja 0 nein

68. Sind Sie häufig müde, antriebslos? 0 ja 0 nein

69. Leiden Sie an Schlafstörungen? 0 ja 0 nein

Wenn ja, in welcher Weise? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls Sie mal einen schweren Unfall erlitten haben oder falls Ihr Schwindel nach dem Unfall begonnen hat, bitten wir Sie folgende Seite auszufüllen.

Art des Unfalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum des Unfalles: Leiden Sie seither an:

Nackenschmerzen 0 ja 0 nein

Kopfschmerzen 0 ja 0 nein

Schulterbeschwerden 0 ja 0 nein

Armbeschwerden 0 ja 0 nein

Schwindel 0 ja 0 nein

Gehörminderung 0 rechts\_0 links 0

beidseitig

Ohrensausen 0 rechts\_0 links 0

beidseitig

0 konstant 0

gelegentlich

Sehstörungen 0 ja 0 nein

Konzentrationsproblemen 0 ja 0 nein

Wortfindungsproblemen 0 ja 0 nein

Vergesslichkeit 0 ja 0 nein

Überempfindlichkeit für helles Licht 0 ja 0 nein

Überempfindlichkeit für Lärm 0 ja 0 nein

Schneller Ermüdbarkeit 0 ja 0 nein

Schlechtem Schlaf 0 ja 0 nein

Erhöhter Nervosität 0 ja 0 nein

