

Schwindelfragebogen

Heutiges Datum: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum / Alter: _____

Name und Adresse des Arztes, welchem wir eine Berichtkopie schicken sollen:

Beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, sprechen Sie diese bitte bei Ihrer Konsultation an, wir helfen Ihnen dann dabei.

Schwindel, Kopfschmerzen und weitere körperliche Beschwerden

1. Seit wann haben Sie Schwindelbeschwerden? _____

Wann das letzte Mal? _____

2. Wie fühlen sich Ihre Schwindelbeschwerden an (Mehrfachantwort möglich)?

- Schwankschwindel – wie auf einem Schiff
- Drehschwindel – wie auf einem Karussell
- Liftschwindel – wie in einem Aufzug, der nach unten / oben fährt oder gehen wie auf Watte, als ob Sie in ein Loch treten
- Betrunkenheitsgefühl
- Ohnmachtsgefühl / Schwarz werden vor Augen
- Schwäche der Beine
- Sonstiges, bitte beschreiben _____

3. Haben Sie Probleme

- beim Gehen oder Stehen?
- Im Liegen/Sitzen?

- Sind Sie einmal deswegen gestürzt?
- Haben Sie eine Falltendenz in eine bestimmte Richtung?
Wenn ja, nach links / rechts / vorne / hinten

4. Gab es ein auslösendes Ereignis?

Ja / Nein

- Erkältung / Infektion
- Kopfstoss / Verletzung / Unfall
- Psychische Belastungssituation
- Sonstiges _____

5. Ist Ihr Schwindel im Laufe der Zeit gleich geblieben / besser oder schlimmer geworden?

6. Verstärkt Folgendes Ihren Schwindel?

- Kopfbewegung
Wenn ja, welche? _____
- Bestimmte Körperpositionen
Wenn ja, welche? _____
- Drehen im Bett
Wenn ja, welche Seite schlimmer? _____
- Sich hinlegen auf den Rücken
- Aufstehen aus dem Liegen / Sitzen
- Rasche Kopfbewegungen
- Lift fahren / Treppensteigen
- In der Dunkelheit / auf unebenem Boden gehen
- Zur Decke sehen
- Reisen im Auto / Schiff
- Lärm
- Husten / Lasten heben / körperliche Anstrengung
- Supermärkte / offene, weite Plätze
- Für Frauen: Menstruation
- Depression, Angst, Stress
- Alkohol

7. Haben Sie eine Hörschwäche? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
8. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
9. Leiden Sie unter Druckgefühlen im Ohr? Ja / Nein
10. Haben oder hatten Sie oft Ohrschmerzen / Ohrinfekte? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
11. Haben Sie Ohrfluss? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
12. Wurden Sie je am Ohr operiert? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
Was wurde operiert? _____
13. Hatten Sie eine Verletzung am Ohr (z.B. Schädelbasisbruch) Ja / Nein
Wenn ja, was, rechts / links, wann?
14. Hatten Sie je Probleme, durch Tauchen / Fliegen verursacht? Ja / Nein
15. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja / Nein
Stehen diese in zeitlichem Zusammenhang mit dem Schwindel? Ja / Nein
Besteht gleichzeitig eine Licht- / Lärmempfindlichkeit? Ja / Nein
Leiden Sie unter begleitenden Augensymptomen Ja / Nein
(Flimmern, unscharf sehen, Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung)

16. Machen Sie bitte genaue Angaben über die Lokalisation der Kopfschmerzen

(Schläfe, Hinterkopf, Augen, Stirn, halber, ganzer Kopf)

Schmerzcharakter (pulsierend, stechend, bohrend)

Häufigkeit (_____x pro Tag / pro Woche / pro Monat)

Dauer (minimal _____ / maximal _____/ durchschnittlich _____)

Auslöser _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Kopfschmerzen? Ja / Nein

Welche? _____

17. Haben Sie seit kurzem neue Brillengläser? Ja / Nein

18. Sind Ihre Brillengläser 2-schliffig (Bifokalbrille)? Ja / Nein

19. Haben Sie jemals Ihren Kopf verletzt? Ja / Nein

Umstände, Bewusstlosigkeit, Dauer _____

20. Leiden Sie unter

Nackenschmerzen / Problemen der Halswirbelsäule

Gefühlsstörungen im Gesicht

Schwäche in Armen / Beinen

Sprech- / Schluckschwierigkeiten

Geschmacks- / Geruchsschwierigkeiten

Gedächtnisstörungen

Veränderungen im Schriftbild

Appetitlosigkeit / Gewichtsverlust

Herzbeschwerden

Angina pectoris

Unregelmässiger Puls

Bluthochdruck / Tiefdruck

Diabetes

Psychiatrischen Problemen (z.B. Depression, Angst, Sucht)

Krampfanfällen (Epilepsie)

Rheumatischen Beschwerden

21. Hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss? Ja / Nein

Wenn ja, wann? _____

22. Hatten Sie Syphilis / andere sexuell übertragbare Krankheiten? Ja / Nein

23. Besteht die Möglichkeit einer HIV-Infektion? Ja / Nein

24. Wurden Sie je gegen Krebs behandelt? Ja / Nein

25. Hatten Sie je eine Chemotherapie oder eine Bestrahlung? Ja / Nein

26. Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen, die noch nicht erfragt wurden?

27. Haben Sie Allergien? Ja / Nein

Welche? _____

28. Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein

Wieviel? _____

29. Rauchen Sie? Ja / Nein

Wieviel? (pro Tag, seit wie vielen Jahren) _____

30. Nehmen Sie sonstige Drogen ein? Ja / Nein

Welche? _____

31. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja / Nein

Welche? _____

32. Leidet jemand in Ihrer Familie unter Schwindel, Hörminderung oder Migräne?

Ja / Nein

33. Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt? _____

34. Wie stark sind Sie durch den Schwindel eingeschränkt?

Gar nicht / wenig / mässig / stark / sehr stark / invalidisierend

Bemerkungen: _____

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Konsultation mit und überreichen sie ihn dem behandelnden Arzt.