

Schwindelfragebogen

Heutiges Datum: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum / Alter: _____

Beruf: _____

Name und Praxis des Arztes, falls wir eine Berichtskopie schicken sollen:

Der Fragebogen dient nur zur systematischen Befragung und ersetzt nicht das direkte ärztliche Gespräch. Versuchen Sie, die Fragen so gut wie möglich zu beantworten, auch wenn das manchmal schwierig ist. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, sprechen Sie diese bitte bei Ihrer Konsultation an, damit wir das klären können.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Konsultation mit

1. Seit wann haben Sie Schwindelbeschwerden? _____

Wann das letzte Mal? _____

2. Wie lange dauern die Schwindelbeschwerden?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- Der Schwindel ist andauernd vorhanden

3. 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, Benommenheit
- Ohnmachtsgefühl / Schwarz werden vor Augen
- Schwäche der Beine
- Sonstiges, bitte beschreiben _____

4. 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

5. Gab es ein auslösendes Ereignis? Ja / Nein
- Erkältung / Infektion
 - Kopfstoss / Verletzung / Unfall
 - Psychische Belastungssituation
 - Sonstiges _____
6. Ist Ihr Schwindel im Laufe der Zeit gleich geblieben / besser oder schlimmer geworden?
7. 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
8. Haben Sie eine Hörschwäche? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
9. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
10. Leiden Sie unter Druckgefühlen im Ohr? Ja / Nein
11. Haben oder hatten Sie oft Ohrschmerzen / Ohrinfekte? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits
12. Haben Sie Ohrfluss? Ja / Nein
Rechts / links / beidseits

13. Wurden Sie je am Ohr operiert? Ja / Nein
 Rechts / links / beidseits
 Was wurde operiert? _____
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 (Gleitsichtbrille)? 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. Hatte Sie schon eine sexuell übertragbare Krankheit? Ja / Nein
23. Wurden Sie je gegen Krebs behandelt? Ja / Nein
Hatten Sie je eine Chemotherapie oder eine Bestrahlung? Ja / Nein
24. Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen, die noch nicht erfragt wurden?

25. Haben Sie Allergien? Ja / Nein
Welche? _____
26. Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein
Wieviel? _____
27. Rauchen Sie? Ja / Nein
Wieviel? (pro Tag, seit wie vielen Jahren) _____
28. Nehmen Sie sonstige Drogen ein? Ja / Nein
Welche? _____
29. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja / Nein
Welche? _____

30. Machen Sie Sport? Ja / Nein
Welchen und wie oft? _____
31. Leidet jemand in Ihrer Familie unter Schwindel, Hörminderung oder Migräne? Ja / Nein
32. Wie stark sind Sie durch den Schwindel eingeschränkt?
Gar nicht / wenig / mässig / stark / sehr stark / invalidisierend

Weitere persönliche Bemerkungen: _____

