FRAGEBOGEN BEI SCHWINDEL

Dr. med. EVA KRAFFT
HALS-NASEN-OHREN-PRAXIS

Bitte helfen Sie uns mit genauen Angaben, eine genaue und individuelle Anamnese bzgl. Ihrer Beschwerden herauszufinden.

1. WIE ALT SIND SIE

Unter 30 Jahre	☐	51-70 Jahre	☐
31-50 Jahre	☐	älter als 70 Jahre	☐

2. DAUER DER SCHWINDELANFÄLLE

Sekunden-Minuten	☐	dauerhaft	☐
Minuten-Stunden	☐	anfallsartig	☐

3. GESCHLECHT

weiblich	☐	männlich	☐

4. ERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter bestimmten chronischen und / oder neurologischen Erkrankungen (Herzerkrankungen, M. Parkinson, Multiple Sklerose) oder haben Sie in letzter Zeit einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder einen Unfall mit Kopfverletzungen erlitten?
Wenn ja, welche?

5.WIE ÄUßERT SICH IHRE SCHWINDELSYMPTOMATIK

	Ja	Nein
Fühlt sich Ihr Schwindel schwankend an (wippend)?	☐	☐
Fühlt sich Ihr Schwindel drehend an (Karussell)?	☐	☐
Nehmen die Symptome im Dunkeln zu?	☐	☐
Haben Sie eine Fallneigung verspürt?	☐	☐
Können Sie die Schwindelsymptome durch Kopfbewegungen auslösen?	☐	☐
Falls ja: folgt ein Drehschwindelgefühl, welches einige Sekunden anhält?	☐	☐
Werden Ihre Symptome durch einen Positionswechsel (z.B. im Umdrehen im Bett, Bücken oder nach oben Schauen hervorgerufen?	☐	☐

6.VERSTÄRKEN SICH IHRE SYMPTOME BEI FOLGENDEN KOPFBEWEGUNGEN?

	Ja	Nein
Drehung nach rechts	☐	☐
Drehung nach links	☐	☐
Blick nach hinten oben	☐	☐
Haben Sie Schmerzen im Nacken (Verspannungen?)	☐	☐

7. WELCHE BEGLEITERSCHEINUNGEN HABEN SIE, WENN DER SCHWINDEL AUFTRITT

	Ja	Nein
Keine	☐	☐
Übelkeit / Erbrechen	☐	☐
Schweißausbruch	☐	☐
Hörminderung	☐	☐
Ohrgeräusche / Ohrdruck	☐	☐
Sehstörungen	☐	☐
Kopfschmerzen / Migräne	☐	☐
Licht- und / oder Lärmempfindlichkeit	☐	☐
Spürbare Herzrhythmusstörungen	☐	☐

Sonstige:

8. TREFFEN NACHFOLGENDE AUSSAGEN AUF SIE ZU?

	Ja	Nein
Mit geschlossenen Augen wird der Schwinde weniger / verschwindet.	☐	☐
Sie leiden unter Heiserkeit / Sprachstörungen oder Schluckstörungen?	☐	☐
Ihr Geschmackssinn hat sich in letzter Zeit verändert?	☐	☐
Ihre Hände fühlen sich unterschiedlich warm an?	☐	☐
Ihr Schwindel tritt nach dem Aufstehen oder bei Belastung auf?	☐	☐

	Ja	Nein
Der Schwindel verschwindet in Ruhe oder tritt in Ruhe gar nicht auf?	☐	☐
Leiden Sie unter Atemnot bei normaler körperlicher Belastung?	☐	☐
Ihre Symptome treten v.a. bei Über-Kopf-Arbeiten auf?	☐	☐

9. HATTEN SIE SCHON FRÜHER SCHWINDELBESCHWERDEN?

Wenn ja wann und welche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!