

Schwindelfragebogen

Name: _____

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zum Schwindel

1. Welche Art von Schwindel haben Sie?

Schwankschwindel (wie auf einem Schiff) Drehschwindel (wie Karussell fahren)

Gangunsicherheit Benommenheitsgefühl Andere: _____

2. Haben Sie während eines Anfalles das Gefühl zu fallen? Ja Nein

Falls Ja: in welche Richtung? rechts links vorne hinten

ungerichtet

3. Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?

HNO-Arzt Orthopäde Internist / Kardiologe Andere: _____

MRT Kopf MRT Halswirbelsäule Langzeit-EKG Langzeit-Blutdruck

Ultraschall Halsgefäße

4. Welche Therapie ist bisher erfolgt?

Lagermanöver Krankengymnastik / Physiotherapie Ruhe / Entspannung

Andere: _____

5. Sind Sie unsicher auf den Beinen? Ja Nein Weiß nicht

6. Seit wann haben Sie Schwindel? Seit: ___ Stunden ___ Tagen ___ Wochen

 ___ Monaten ___ Jahren Weiß nicht

7. Wie lange dauert eine Schwindelepisode? Sekunden Minuten Stunden

- Tage länger dauernd
8. Wie beginnt Ihre Schwindelepisode? plötzlich langsam Weiß nicht
9. Wie endet Ihre Schwindelepisode? plötzlich langsam Weiß nicht
10. Haben Sie Schwindel wenn Sie ruhig liegen? Ja Nein Weiß nicht
11. Wird Ihnen gelegentlich schwarz vor Augen? Ja Nein Weiß nicht
12. Tritt der Schwindel kurz nach dem Aufstehen
z.B. aus dem Liegen oder Sitzen auf? Ja Nein Weiß nicht
13. Sehen Sie auf beiden Augen unterschiedlich gut? Ja Nein Weiß nicht
14. Tragen Sie eine Brille? Ja Nein
15. Sehen Sie manchmal doppelt? Ja Nein
16. Tritt der Schwindel zusammen mit Übelkeit und / oder Erbrechen auf? Ja Nein
17. Haben Sie mal eine Schwäche Ihrer Arme oder Beine bemerkt? Ja Nein
18. Haben Sie schon mal Problem mit dem Sprechen gehabt? Ja Nein
19. Haben Sie manchmal Probleme mit dem Schlucken oder ein Würgegefühl?
 Ja Nein
20. Hatten Sie schon mal ein Kribbeln um den Mund, an den Armen oder Beiden?
 Ja Nein

21. Wird der Schwindel ausgelöst durch
- Hinlegen oder Aufrichten im Bett?
 - Herumdrehen im Bett
 - Bücken?
 - Kopf zurücklegen?
 - Kopfdrehung?
 - zu wenig Schlaf?
 - Armarbeit oder Arm heben?
 - Lärm?
 - Fliegen / Tauchen?
 - Weiß nicht

22. Beginnt der Schwindel am Morgen beim Erwachen? Ja Nein

23. Können Sie Ihren Schwindel auslösen? Ja Nein

Wenn Ja: wie? _____

24. Haben Sie eine Vorstellung, wodurch Ihr Schwindel entstanden ist? Ja Nein

Wenn Ja: wodurch? _____

25. Wird Ihr Schwindel durch irgendetwas angekündigt? Ja Nein

Wenn Ja: wann? _____

26. Sind Sie zwischen den Anfällen beschwerdefrei? Ja Nein

27. Haben Sie Probleme beim Gehen im Dunkeln? Ja Nein

28. Können Sie während eines Anfalls gehen? Ja Nein

29. Können Sie Ihren Schwindel in irgendeiner Weise beeinflussen? Ja Nein

Wenn Ja: wodurch und in welche Weise?

30. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Hörvermögen während eines Schwindelanfalles verändert? Ja Nein

Falls Ja: wie? _____

Falls Ja: wo? rechts links beidseits

31. Ist Ihr Hörvermögen auf einer Seite schlechter? Ja Nein

Falls Ja, wo? rechts links beidseits

32. Haben Sie Ohrensausen (Pfeifen, Brummen etc.)? Ja Nein

Falls Ja, wann? _____

33. Hatten Sie mal Ohrenschermerzen? Ja Nein

Falls Ja, wo? rechts links beidseits

34. Wurde Schwindel bei Ihnen schon durch Lärm verursacht? Ja Nein

35. Haben Sie mal eine Schädelverletzung mit Bewusstseinsverlust erlitten? Ja Nein

36. Kommt der Schwindel zusammen mit Kopfschmerzen? Ja Nein

37. Leiden Sie unter Migräne oder gibt es Migräne-Fälle in Ihrer Familie? Ja Nein

38. Rauchen Sie? Ja Nein

