



Fragebogen bei Schwindel

##ANREDE ##TUNAM, geboren am ##GEBDAT

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. Vielen Dank! Ps: bei Aufzählungen unterstreichen Sie bitte das betreffende Wort.

1. Seit wann haben Sie Schwindelbeschwerden? _____
Wann das letzte Mal? _____

2. Wie lange dauern die Schwindelbeschwerden?

☐ Sekunden	☐ Stunden
☐ Minuten	☐ 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
- ☐ Betrunkengefühl, 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?

5. Haben Sie eine Falltendenz in eine bestimmte Richtung?

Wenn ja, nach links / rechts / vorne / hinten

6. Gab es ein auslösendes Ereignis? Ja / Nein

☐ Erkältung / Infektion	☐ Kopfstoß / Verletzung / Unfall
☐ Psychische Belastungssituation	☐ Sonstiges:

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

8. Verstärkt Folgendes Ihren Schwindel?

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

9. Haben Sie eine Hörschwäche?

Ja / Nein Rechts / links / beidseits

10. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen?

Ja / Nein Rechts / links / beidseits

11. Leiden Sie unter Druckgefühlen im Ohr?

Ja / Nein

Hausarzt – Zentrum Mühlhausen

Dr. Claudia Colberg- Göbel · Krystin Ewert- Krumrich · Dr. Jacqueline Merz
FÄ für Allgemeine- und Innere Medizin



12. Haben Sie oft Ohrschmerzen / Ohrinfekte? Ja / Nein Rechts / links / beidseits
13. Haben Sie Ohrfluss? Ja / Nein Rechts / links / beidseits
14. Wurden Sie je am Ohr operiert? Ja / Nein Rechts / links / beidseits

Was wurde operiert? _____

15. Hatten Sie je Probleme, durch Tauchen / Fliegen verursacht? Ja / Nein
16. 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
☐ 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

Bitte Angabe zu Umstände, Bewusstlosigkeit, Dauer: _____

20. Leiden Sie unter

☐ Nackenschmerzen / Problemen der Halswirbelsäule	☐ Geschmacks- / Geruchsschwierigkeiten
☐ Gefühlsstörungen im Gesicht	☐ Gedächtnisstörungen
☐ Sprech- / Schluckschwierigkeiten	☐ Schwäche in Armen / Beinen
☐ Veränderungen im Schriftbild	☐ Appetitlosigkeit / Gewichtsverlust
☐ Herzbeschwerden; Angina pectoris; Unregelmässiger Puls; Bluthoch- / Tiefdruck	☐ Diabetes mellitus
☐ Psychiatrischen Problemen (z.B. Depression, Angst, Sucht)	☐ Krampfanfällen (Epilepsie)
☐ Rheumatischen Beschwerden	☐

1. Hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss? Ja / Nein Wenn ja, wann? _____
2. Hatte Sie schon eine sexuell übertragbare Krankheit? Ja / Nein
3. Wurden Sie je gegen Krebs behandelt? Ja / Nein
☐ Hatten Sie je eine Chemotherapie oder eine Bestrahlung? Ja / Nein
4. Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen, die noch nicht erfragt wurden?
5. Haben Sie Allergien? Ja / Nein Welche?
6. Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein Wieviel?
7. Rauchen Sie? Ja / Nein Wieviel? (pro Tag, seit wie vielen Jahren)
8. Nehmen Sie sonstige Drogen ein? Ja / Nein Welche?
9. Machen Sie Sport? Ja / Nein Welchen und wie oft?
10. Leidet jemand in Ihrer Familie unter Schwindel, Hörminderung oder Migräne? Ja / Nein
11. Wie stark sind Sie durch den Schwindel eingeschränkt?

☐ Gar nicht	☐ stark
☐ wenig	☐ sehr stark
☐ mäßig	☐ invalidisierend