



Schwindelfragebogen der HNO-Universitätsklinik Freiburg

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Seit wann haben Sie Schwindelbeschwerden: _____

Wie oft haben Sie Schwindelbeschwerden:

gelegentlich täglich ____ x im Monat dauerhaft

Wann hatten Sie zuletzt Schwindelbeschwerden: _____

Wie lange dauern die Schwindelbeschwerden an?

Sekunden bis Minuten Minuten bis mehrere Stunden dauerhaft

Wie würden Sie Ihren Schwindel beschreiben? (Mehrfachnennungen möglich)

- Schwankschwindel („wie auf einem Boot“)
- Drehschwindel („wie auf einem Karussell“)
- Taumelig, wie benommen/betrunken
- Schwarzwerden vor den Augen, Gefühl der Ohnmacht
- Ständiges Stürzen/Fallen/Kippen auf immer die gleiche Seite nach rechts
 nach links
oder in alle Richtungen

Wann oder wobei tritt der Schwindel auf oder wodurch wird er verstärkt?

- Schwindel besteht ständig
- Beim schnellen Aufstehen
- Beim Drehen im Bett, bei schnellen Kopfbewegungen
- Beim Überkopparbeiten (z.B. Gardinen aufhängen) oder Runterbeugen des Kopfes (z.B. Schuhe zubinden)
- Beim Helligkeitswechsel

- Beim Druckausgleich
- Bei lauten Geräuschen
- Beim normalen Gehen, v.a. bei Dunkelheit

Welche Begleitsymptome treten mit dem Schwindel auf?

- Kopfschmerzen, falls ja: vor während danach
- Übelkeit
- Erbrechen
- Ohrendruck oder Völlegefühl im Ohr, wenn ja: Rechts Links
- Hörverlust, falls ja: Rechts Links
- Ohrgeräusche, falls ja: Rechts Links
- Flimmern vor den Augen
- Verschwommensehen in Ruhe/beim Gehen oder andere Sehstörungen
- Sprechstörung
- Einseitige Schwäche, Bewegungsstörung eines Arms oder Beins
- Herzrasen

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie hierzu regelmäßig ein?

Sind Vorerkrankungen des Ohres bekannt (insbesondere Ohr-Operationen)?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? Ja Nein

Hatten Sie kürzlich eine Hirnhautentzündung? Ja Nein

Hatten Sie kürzlich eine Mittelohrentzündung? Ja Nein

Mussten Sie kürzlich längere Bettruhe einhalten? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal einen Hörsturz oder Gleichgewichtsausfall?

Hörsturz, falls ja: bitte Seite und Datum angeben: _____

Gleichgewichtsausfall, falls ja: bitte Seite und Datum angeben: _____

Wurde schon einmal ein MRT (Kernspintomogramm) des Schädels durchgeführt?

Ja Nein

falls JA - Bilder bitte auf CD mitbringen - möglichst keine Papier- oder Folienausdrucke. Schriftlicher Befund ist gut, aber nicht ausreichend.

Haben Sie Schlafstörungen, kommen Sie zuletzt häufiger ins Grübeln oder verspüren Sie zuletzt vermehrt Traurigkeit? Ja Nein

Können Sie aufgrund des Schwindels Ihrem Beruf noch nachgehen?

Ja Nein, falls nein: in welchem Beruf waren Sie zuletzt tätig? _____

**Bei wem und wann haben Sie sich bereits wegen der Beschwerden vorgestellt?
Bitte mit Angabe der damals gestellten Diagnose:**
