



UNIVERSITÄTS FREIBURG KLINIKUM

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Neurologie • Ambulanz • Breisacher Str. 64 • 79106 Freiburg

Neurozentrum

Neurologie

Ärztlicher Direktor
Professor Dr. C. Weiller

Breisacher Str. 64
D-79106 Freiburg

www.neurologie.uniklinik-freiburg.de

Ambulanz für Schwindel und Gangstörungen

Leiter PD Dr. C. Maurer

Tel 0761 270-53450
Fax 0761 270-53380

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um den reibungslosen Ablauf der Schwindelambulanz bzw. der weiteren diagnostischen Verfahren zu gewährleisten, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzugeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. C. Maurer
Funktionsoberarzt

Zina Gräter
Cand. med.

2 Schwindelfragebogen

Name: Datum:

Geburtsdatum:

Angaben zum Schwindel

Haben Sie Schwindel? Ja Nein Weiß nicht

Sind Sie unsicher auf den Beinen? Ja Nein Weiß nicht

Seit wann haben Sie Schwindel? ... Seit: Stunden Tagen Wochen
Monaten Jahren Weiß nicht

Haben Sie Dauerschwindel? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Schwindelepisoden (Anfälle/Attacken)? Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja,

Wann war Ihre letzte Schwindelepisode? .. Innerhalb der/des letzten 24 h Woche
Monats Jahres Weiß nicht

Wie häufig sind Ihre Schwindelepisoden? .. stündlich täglich wöchentlich
monatlich seltener Weiß nicht

Wie lange dauert eine Schwindelepisode? .. Sekunden Minuten Stunden
Tage länger Weiß nicht

Wie beginnt Ihre Schwindelepisode? plötzlich langsam Weiß nicht

Wie endet Ihre Schwindelepisode? plötzlich langsam Weiß nicht

Hat der Schwindel eine bestimmte Richtung? Ja Nein Weiß nicht

Fühlen Sie sich gedreht? Ja Nein Weiß nicht

Dreht sich die Umgebung? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie das Gefühl hin und her zu taumeln? Ja Nein Weiß nicht

Werden Sie beim Gehen nach einer Seite gezogen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Schwindel wenn Sie auf einer Seite liegen? Ja Nein Weiß nicht

Wird Ihnen gelegentlich schwarz vor Augen? Ja Nein Weiß nicht

Tritt der Schwindel kurz nach dem Aufstehen

z.B. aus dem Liegen oder Sitzen auf? Ja Nein Weiß nicht

Sehen Sie auf beiden Augen unterschiedlich gut? Ja Nein Weiß nicht

Wird der Schwindel ausgelöst durch

Hinlegen oder Aufrichten im Bett?

Herumdrehen im Bett?

Bücken?

Kopf zurücklegen?

Kopfdrehungen?

zu wenig Schlaf?

Armarbeit oder Arm heben?

Lärm?

Fliegen/ Tauchen?

Weiß nicht

Hat der Schwindel sonstige Auslöser? Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, welche?

Welche Beschwerden haben Sie **während** des Schwindels zusätzlich?

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl auf dem Ohr | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Taubheit im Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Verschwommen sehen in Ruhe | <input type="checkbox"/> einseitige Schwäche, Bewegungsstörung eines Arms/ Beins |
| <input type="checkbox"/> Verschwommen sehen beim Gehen | <input type="checkbox"/> Sprechstörung |
| <input type="checkbox"/> Flimmern vor den Augen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> andere Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Gefühl ohnmächtig zu werden |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Gefühl zu fallen |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | |

Welche Beschwerden haben Sie **außerhalb** der Schwindelepisoden?

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl auf dem Ohr | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Taubheit im Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Verschwommen sehen in Ruhe | <input type="checkbox"/> einseitige Schwäche, Bewegungsstörung eines Arms/ Beins |
| <input type="checkbox"/> Verschwommen sehen beim Gehen | <input type="checkbox"/> Sprechstörung |
| <input type="checkbox"/> Flimmern vor den Augen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> andere Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Gefühl ohnmächtig zu werden |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Gefühl zu fallen |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | |

Hatten Sie früher schon einmal ähnliche Schwindelepisoden? .. Ja Nein Weiß nicht

Waren Sie wegen des Schwindels bereits beim...

- Neurologen HNO-Arzt Orthopäden Kardiologen

Vorerkrankungen

Haben Sie Bluthochdruck? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie niedrigen Blutdruck? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie eine Herzerkrankung? Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie schon einmal eine Hirnhautentzündung (Meningitis)? . Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie kürzlich eine Schädelverletzung (Schädelhirntrauma)? . Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie kürzlich Ohrenschmerzen (Mittelohrentzündung)? Ja Nein Weiß nicht

Mussten Sie kürzlich länger Bettruhe halten? Ja Nein Weiß nicht

4 Schwindelfragebogen

Hatten Sie kürzlich eine Operation? Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, welche?.....

Wann?

Sind Sie aufgrund des Schwindels schon gestürzt? Ja Nein Weiß nicht

Scheint sich der Boden zu bewegen? Ja Nein Weiß nicht

Fällt es Ihnen schwer...

bei Dunkelheit zu gehen? Ja Nein Weiß nicht

auf unebenem Boden zu gehen? Ja Nein Weiß nicht

Ist bergabgehen schwerer als bergaufgehen? Ja Nein Weiß nicht

Wie weit können sie in etwa gehen? 10m 50m 200m 1 km mehr

Wenn Sie nicht mehr weitergehen können, was müssen Sie tun? Stehen bleiben
Hinsitzen
Weiß nicht

Haben Sie Kribbeln der Füße oder Hände? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Taubheit der Füße oder Hände? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Armen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Beschwerden der Wirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Halswirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Brustwirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Lendenwirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall? Ja Nein Weiß nicht

Halswirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Brustwirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Lendenwirbelsäule? Ja Nein Weiß nicht

Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert? Ja Nein Weiß nicht

Hatten Sie schon einmal einen Krampfanfall (Epilepsie)? Ja Nein Weiß nicht

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden? Ja Nein Weiß nicht

Ist bei Ihnen eine Migräne bekannt? Ja Nein Weiß nicht

Leiden Sie öfter unter Kopfschmerzen? Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, leiden Sie währenddessen auch unter Licht- oder
Geräuschempfindlichkeit? Ja Nein Weiß nicht

Treten bei Ihnen Kopfschmerz und Schwindel gleichzeitig
oder kurz hintereinander auf? Ja Nein Weiß nicht

Frauen: Ist der Schwindel menstruationsabhängig? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Schwierigkeiten das Wasser zu halten? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie sonstige Schwierigkeiten beim Wasserlassen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Konzentrationsprobleme? Ja Nein Weiß nicht

Leiden Sie unter einem schlechter werdenden Gedächtnis? ... Ja Nein Weiß nicht

5 Schwindelfragebogen



Rauchen Sie? nie gelegentlich täglich

Trinken Sie Alkohol? nie 1x/Monat 1x/Woche mehrmals/Woche täglich

Haben Sie sonstige Vorerkrankungen?
.....

Familie und Soziales

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten? Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, welche?.....

Können Sie aufgrund des Schwindels Ihrem Beruf nicht mehr nachgehen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Probleme abends einzuschlafen? nie gelegentlich
häufig immer Weiß nicht

Haben Sie sonstige Schlafstörungen? Ja Nein Weiß nicht

Verspüren Sie in letzter Zeit vermehrt Traurigkeit? Ja Nein Weiß nicht

Kommen Sie in letzter Zeit häufiger ins Grübeln? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Angst vor Menschenansammlungen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Angst vor engen Räumen? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie Angst vor weiten Plätzen? Ja Nein Weiß nicht

Gibt es sonstige Situationen vor denen sie Angst haben? Ja Nein Weiß nicht

Medikamente

(Bitte nennen Sie die Medikamente, die sie derzeit einnehmen)

.....
.....
.....