

Fragebogen – Schwindelbeschwerden

- 1) Wann genau haben die Schwindelbeschwerden begonnen?
- 2) Haben Sie diesen Schwindel andauernd? ja nein
- 3) Tritt Ihr Schwindel anfallsweise auf? ja nein
Wenn Ja: Wie oft (Anzahl pro Tag, pro Woche oder pro Monat)
- 4) Wie lange dauert ein Anfall? Sekunden Minuten Stunden Tage
- 5) Wann hatten Sie den letzten Anfall?
- 6) Beginnt der Schwindel am Morgen beim Aufstehen? ja nein
- 7) Können Sie Ihren Schwindel auslösen? ja nein
Wenn ja: wie?
- 8) Ist der Schwindel abhängig von einer gewissen Kopfbewegung (Wäsche aufhängen, Aufstehen, Umdrehen im Bett) oder Körperhaltung (Beugen oder Aufstehen)? ja nein
Wenn ja: wie?
- 9) Haben Sie eine Vorstellung, wodurch Ihr Schwindel entstanden ist? ja nein
Wenn ja: wodurch?
- 10) Sind Sie zwischen den Anfällen beschwerdefrei? ja nein
- 11) Hat der Schwindel nach einer schweren Grippe begonnen? ja nein
- 12) Sehen Sie scharf oder manchmal verschwommen? ja nein
- 13) Tritt der Schwindel zusammen mit Übelkeit und/oder Erbrechen auf? ja nein
- 14) Machen Sie Sport?
Wenn ja: welchen?
- 15) Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Hörvermögen während eines Schwindelanfalls verändert? ja nein
- 16) Haben Sie Ohrensausen (Pfeifen, Brummen etc.) ja nein
- 17) Haben Sie mal eine Schädelverletzung mit Bewusstseinsverlust erlitten? ja nein
- 18) Leiden Sie unter Migräne? ja nein
- 19) Tritt der Schwindel eher unter der Woche oder am Wochenende auf? wochentags Wochenende

Bitte beschreiben sie Ihre Gleichgewichtsprobleme in eigenen Worten!

.....

.....

.....

.....

.....

.....