Schwindelfragebogen (DHI Dizziness Handicap Inventory)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Erhebungszeitpunkt: Erstbefund: □ Zwischenbefund: □ Endbefund: □

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Zutreffendes bitte ankreuzen. **Datum:**	ja	zeitweise	nein
1	Haben Sie beim Nachobenschauen vermehrt Schwindelprobleme?			
2	Verstärken sich Ihre Beschwerden, wenn Sie auf einer unebenen Oberfläche laufen?			
3	Verstärken sich ihre Beschwerden bei schnellen oder anspruchsvolleren Bewegungen, wie z.B. beim Sport, Tanzen, Hausarbeit?			
4	Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Schwindelbeschwerden?			
5	Haben Sie beim Drehen im Bett verstärkt Schwindelbeschwerden?			
6	Verstärken sich ihre Schwindelbeschwerden beim Gehen auf Bürgersteigen an dicht befahrenen Straßen?			
7	Verstärken Nickbewegungen des Kopfes oder Überkopfarbeiten Ihre Beschwerden?			
8	Müssen Sie sich in ihrem Berufsleben/Alltag aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden einschränken?			
9	Haben Sie beim Lagewechsel (Aufstehen, Hinlegen) verstärkt Schwindelbeschwerden?			
10	Sind Sie aufgrund ihrer Beschwerden im sozialen Leben eingeschränkt (Kinobesuch, Essen gehen, Tanzen gehen, Besuch von Festen)?			
11	Haben Sie beim Lesen verstärkt Probleme?			
12	Vermeiden Sie aufgrund ihrer Beschwerden größere Höhen?			
13	Sind für Sie anstrengende Arbeiten (Haushalt oder Garten) schwer oder unmöglich?			
14	Ist es für Sie schwer, aufgrund ihrer Beschwerden allein außer Haus zu gehen?			
15	Ist es für Sie schwer, aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden im Dunkeln zu gehen?			
16	Haben Ihre Schwindelbeschwerden Einfluss auf ihren Verantwortungsbereich im Beruf oder im Haushalt (Beschränkung auf bestimmte Tätigkeiten)?			
17	Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschwerden zeitweise frustriert?			
18	Haben Sie Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen?			
19	Ist es Ihnen peinlich, wenn andere Personen Ihre Schwindelbeschwerden bzw. Unsicherheit bemerken?			
20	Haben Sie Angst davor, jemand könnte Sie für betrunken halten, wenn er ihre Unsicherheit oder ihr Schwanken beobachtet?			
21	Haben Sie aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden Konzentrationsstörungen?			
22	Haben Sie Angst, wegen ihrer Beschwerden allein zu Hause sein zu müssen?			
23	Fühlen Sie sich behindert aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden?			
24	Haben Sie aufgrund ihrer Beschwerden mit ihrem Partner oder der Familie bzw. Freunden schon Ärger gehabt?			
25	Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschwerden depressiv?			

Summe_____

<u>Wichtig:</u> Bitte setzen Sie <u>unbedingt</u> bei <u>allen *25 Fragen*</u> jeweils ein Antwortkreuz!