Dr. med. Kai Wonneberger
Dr. med. Uta Stierstorfer (ang.)
Fachärzte für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Am Marktplatz 21 · 47829 Krefeld-Uerdingen

Telefon (02151) 481 444
(02151) 483 890
Fax (02151) 483 891

HNO

UERDINGER SCHWINDELFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so detailliert wie möglich aus. Unterstreichen Sie bzw. kreuzen Sie das Zutreffende an und beantworten Sie die Fragen (ggf. Rückseite verwenden).

Name, Vorname: **Geb-Datum:**

1. Seit wann bestehen die Schwindelbeschwerden?
2. Wie empfinden Sie den Schwindel?
   Schwankschwindel – Drehschwindel – Unsicherheitsgefühl – Benommenheit
3. Wann tritt der Schwindel auf? (z.B. beim Drehen im Bett, bei Kopfbewegungen, beim Hinlegen, beim Aufstehen, beim Gehen, im Dunkeln, in Ruhe, unter Belastung)
   Andere:_____
4. Wie lange dauert der Schwindel? Sekunden – Minuten – Stunden – Tage - ständig
5. Wie häufig tritt Schwindel auf? Ständig, ___x/Tag, ___x/Woche, ___x/Monat, ___x/Jahr
6. Wie stark ist der Schwindel? Wie häufig tritt er auf? Wie stark ist die Beeinträchtigung?

Stärke (1=schwach, 10=sehr stark)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Häufigkeit (1=selten, 10=immer)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beeinträchtigung insgesamt (1=gering, 10=stark)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Haben Sie Begleitsymptome? (z.B. Schwarzwerden vor den Augen, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen) Andere:_____
8. Haben Sie Hörstörungen? (z.B. Ohrensausen, Hörverschlechterung) □ Ja / Nein □
9. Sind Sie wegen des Schwindels schon einmal/ mehrfach gestürzt? □ Ja / Nein □
10. Waren Sie wegen des Schwindels schon einmal bewusstlos? □ Ja / Nein □
11. Haben Sie gelegentlich Kopfschmerzen oder leiden Sie an Migräne? □ Ja / Nein □
12. Haben Sie Gefühlsstörungen z.B. in den Beinen? □ Ja / Nein □
13. Haben Sie einen hohen Blutdruck? □ Ja / Nein □
14. Leiden Sie an Diabetes („Zuckerkrankheit“)? □ Ja / Nein □
15. Hatten Sie Kopf- oder Halswirbelsäulenverletzungen? □ Ja / Nein □
16. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? □ Ja / Nein □
17. Welche Untersuchungen sind wegen des Schwindels bisher erfolgt? _____
    _____
18. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche:_____
    _____

Datum:_____ Unterschrift:_____

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass eine Terminabsage mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen muss. Bei Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Absage erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 30-50 €. Sie erreichen uns telefonisch und jederzeit z.B. per email oder SMS