

Fragebogen zum Schwindel

Name: _____

Datum der Erhebung: _____

- 1.) **Wie lange** habe Sie den Schwindel? Tage Monate Jahre
- 2.) Ist Ihr Schwindel ein **Schwankschwindel** oder eher ein **Drehschwindel***
- 3.) Ist es ein **Dauerschwindel** oder sind es **einzelne Attacken**?
- 4.) **Wie lange** halten die Schwindelbeschwerden an?
Sekunden Minuten Stunden Tage Der Schwindel ist anhaltend.
- 5.) Können Sie den Schwindel auslösen? Zum Beispiel durch:
Kopfbewegung Aufsetzen visuelle Reize Stress
bestimmte Umgebungssituationen (z.B. Einkaufen, enge Räume)
Husten/Niesen Andere: _____
- 6.) Begleitbeschwerden?
Übelkeit Erbrechen Sehstörungen Doppelbilder Fallneigung
Stand- und Gangunsicherheiten Kopfschmerzen Atemnot Angst
Herzrasen Tinnitus & Ohrgeräusche Licht- oder Lärmempfindlichkeit
Hörminderung Schwitzen
Andere: _____
- 7.) Sind Untersuchungen erfolgt?
HNO-Arzt Orthopäde Internist Kardiologe MRT Kopf
MRT Halswirbelsäule Langzeit-EKG Halsgefäße Ultraschall
Langzeit-Blutdruck
Andere: _____
- 8.) Sind bereits Behandlungen erfolgt?
Lagerungsmanöver Krankengymnastik / Physiotherapie Ruhe / Entspannung

Medikamente, welche:

*zutreffendes bitte unterstreichen oder einkreisen