

HNO-Phoniatrie-Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Matthias Weikert u. Dr. med. Joachim Fuhrmann u. Dr. med. Iris Hake
93051 Regensburg - Paracelsusstr. 1 - Im GesundheitsForum bei den ARCADEN

Allergologie Stimm-u. Sprachstörungen

Operative Tätigkeit: Belegarzt Krkh. Barmh. Brüder - Klinik St.Hedwig u. Ambulante Operationen im CRC

Tel: 0941/29707-0 Fax: 0941/29707-29

www.forumhno.de e-mail: info@forumhno.de Inst.Nr. 74135085 KV-Nr. 68/13193

Schwindel-Fragebogen

Name:

Vorname:

geb. am: **EDV-Nr.:**

Vorgeschichte/Grund zur Gleichgewichtsuntersuchung:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

ja

zeitweise

nein

(4 Punkte)

(2 Punkte)

(0 Punkte)

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

Auswertung: DHI n. Ernst aus: Strutz-Mann

Teilergebnis:

LB HNO, Springer-Verl. 2002

Frage 1-7 : Skalierung nach physikalischen Gesichtspunkten

Gesamtergebnis:

Frage 8-16: Skalierung nach funktionellen Beschwerden

Frage 17-25: Skalierung nach emotionalen Beschwerden