

**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

**TINNITUS-FRAGEBOGEN (1)**

Regensburg, den

**Beschreibung des Tinnitus (durch den Patienten)**

.....  
.....

**Wahrnehmung des Tinnitus:**

Rechtes Ohr	.....	Linkes Ohr	.....	Beide Ohren	.....
Kopf	.....	Unterbrochen	.....	Konstant	.....
Änderung der Lautstärke	.....			Sonstiges	.....

**Dauer und Form des Auftretens:**

Monate	.....	Jahre	.....
allmählich	.....	plötzlich	.....

**Subjektive Prozent-Einschätzung der Zeit während des letzten Monats des Tinnitus?**

20      50      60      75      100 %

**Wie lange Lärm ausgesetzt?**

Minuten	.....	Stunden	.....
Tage	.....	Monate	.....
Jahre	.....		

**Wie laut? (Lärmvergleiche)**

**Auswirkung von Lärm auf Tinnitus:**

lauter	.....	leiser	.....
keine	.....	sonstige	.....

**Hörvermögen beeinträchtigt?**

ja ....      nein ....

bei Gesprächen mit Nebengeräuschen

ja ....      nein ....

Hörgeräte

ja ....      nein ....

Hörgeräte bereits empfohlen?

ja ....      nein ....

Hyperakusis?

ja ....      nein ....

**Körperliches Unbehagen?**

Angst, dass sich Tinnitus verschlimmert  
Störender Tinnitus heute präsent?

ja ....      nein ....  
ja ....      nein ....

**Tragen von Gehörschutz?**

ja ....      nein ....

Wie viel % Zeit am Tag .....

Wie viel % Zeit im Monat .....

Tinnitus bei Umgebungsgeräuschen?

ja ....      nein ....

Tinnitus in ruhiger Umgebung?

ja ....      nein ....

## TINNITUS-FRAGEBOGEN (2)

**Aktivitäten, die durch Tinnitus beeinflusst werden:**

Konzentration: ...	Konzerte: ...	
Schlaf: ...	Soziales: ...	
Ruhige Freizeitaktivitäten: ...	Kino: ...	
Autofahren: ...	Sport: ...	
Arbeit: ...	Restaurant: ...	
Einkaufen: ...	Hausarbeit: ...	
Kinderbetreuung: ...		
Andere: ...	Sonstiges: ...	

**Zwischenbewertung:**

.....

**Aktivitäten, die durch Hyperakusis (Überempfindlichkeit auf Geräusche) beeinflusst werden**

Konzerte ...	Konzentration ...	
Ruhige Freizeitaktivitäten ...	Schlaf ...	
Arbeit ...	Autofahren ...	
Kirche ...	Soziales ...	
Restaurants ...	Kino ...	
Sport ...	Einkaufen ...	
Kinderbetreuung ...	Hausarbeit ...	
Andere ...	Sonstiges ...	

**Zwischenbewertung Hyperakusis (Überempfindlichkeit auf Geräusche)**

.....

**Einstufung der Probleme in einer Skala von 0 bis 5 bzw. 0 bis 10:**

0 = keine Beschwerden/keine Beeinträchtigung

5 = erhebliche/starke Beeinträchtigung

Tinnitus	0	1	2	3	4	5					
Hyperakusis		0	1	2	3	4	5				
Hörverlust		0	1	2	3	4	5				
Schwere d. Tinnitus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belästigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Einfluß auf Lebensqualität durch den Tinnitus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Einfluß auf Lebensqualität durch Hyperakusis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Hinweis für Auswertung:**

Bei den obigen Feldern der Einstufung des Problems mit der Zahlenreihe 0 bis 5 oder 0 bis 10 entsprechen kleinere Zahlen einem guten und die höheren Zahlen einem schlechten Zustand.

**Gesamtbewertung:**

.....

.....

Untersucher/Unterschrift

### TINNITUS-FRAGEBOGEN (3)

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben unsere Sprechstunde aufgesucht um Ihre Beschwerden Tinnitus/  
Ohrgeräusche/Ohrsensationen abklären zu lassen. Tinnitus (Ohrgeräusche, Ohrpfeifen, Ohrbrummen)  
ist ein sehr komplexes und vielschichtiges Symptom, Tinnitus muss noch keine Krankheit sein. Um  
Ihnen optimal gerecht werden zu können und mit dem Ziel die Diagnostik für Sie ganz individuell zu  
gestalten, dürfen wir Sie bitten, folgende 12 Fragen zu beantworten. Lesen Sie sich also diese Fragen  
in Ruhe durch und kreuzen Sie die  
3 möglichen Varianten an: nie - manchmal - häufig!

Ziel dieses Fragebogen ist es Schwierigkeiten festzustellen, die Sie  
aufgrund Ihrer Ohrgeräusche haben.

Besten Dank für Ihre Mühe!

	nie	manchmal	häufig
1. Haben Sie wegen Ihrer Ohrgeräusche Konzentrationsschwächen?	...	...	...
2. Haben Sie wegen der Lautstärke Ihrer Ohr- geräusche Schwierigkeiten, Menschen zu ver- stehen?	...	...	...
3. Ärgern Sie sich über Ihre Ohrgeräusche?	...	...	...
4. Haben Sie das Gefühl, Ihren Ohrgeräuschen nicht entkommen zu können?	...	...	...
5. Beeinträchtigen Sie Ihre Ohrgeräusche wenn Sie etwas Geselliges unternehmen (z.B. Essen gehen, ins Kino gehen, ...)?	...	...	...
6. Sind Sie wegen Ihrer Ohrgeräusche frustriert?	...	...	...
7. Fühlen Sie sich wegen Ihrer Ohrgeräusche in Beruf o. bei der Hausarbeit beeinträchtigt?	...	...	...
8. Haben Sie wegen der Ohrgeräusche Schwierigkeiten beim Lesen?	...	...	...
9. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ohrgeräusche die Beziehungen zu Familienmitgliedern oder Freunden belastet?	...	...	...
10. Finden Sie es schwierig, Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes als auf Ihre Ohrgeräusche zu richten?	...	...	...
11. Machen Ihnen die Ohrgeräusch Angst?	...	...	...
12. Haben Sie das Gefühl, Ihre Ohrgeräusche nicht bewältigen zu können?	...	...	...