

## Fragebogen Gleichgewichtsstörungen und Schwindel

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden mit eigenen Worten: \_\_\_\_\_

Wann haben die Beschwerden begonnen? \_\_\_\_\_

Wie lange dauern die Beschwerden? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Sekunden  Minuten  Stunden  Tage

Wie oft wiederholt sich der Schwindel? \_\_\_\_\_

Handelt es sich um ein:

DREHGEFÜHL, als würde die Umgebung um Sie herum drehen?

SCHWANKEN des Bodens unter den Füßen?

LIFTGEFÜHL (wie im Fahrstuhl)?

UNSICHERHEITSGEFÜHL ?

Haben Sie den Eindruck, zu einer Seite zu fallen oder beim Laufen zu einer Seite abzudriften? \_\_\_\_\_

Verstärkt sich der Schwindel beim:  HINLEGEN?  AUFRICHTEN?

Tritt der Schwindel bei Kopfdrehung auf? \_\_\_\_\_

Wird der Schwindel von Übelkeit und Erbrechen begleitet? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Benommenheitsgefühl im Kopf? \_\_\_\_\_

Haben Sie das Gefühl, ohnmächtig zu werden? \_\_\_\_\_

Können Sie Arme und Beine normal bewegen? \_\_\_\_\_

Wird Ihnen Schwarz vor Augen? \_\_\_\_\_

Flimmert es Ihnen vor Augen? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille? \_\_\_\_\_

Wurden zusätzlich zum Schwindel Ohrgeräusche und eine Schwerhörigkeit bemerkt? \_\_\_\_\_

Haben Sie Ohrenscherzen oder Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit der Halswirbelsäule? \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie diesen Bogen mit Ihren persönlichen Informationen zu Ihrem Arzttermin mit.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**