

Fragebogen Schwindel

Datum: _____

Persönliches: (Name, Vorname) _____

1. Welche Art von „Schwindel“ haben Sie:

- Schwankschwindel (wie auf dem Schiff)
- Drehschwindel (wie Karussell fahren)
- Gangunsicherheit
- Benommenheit
- andere:

2. Seit wann leiden Sie an den Beschwerden? _____

3. Wie lange halten die Schwindelbeschwerden typischerweise an?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- anhaltend/dauerhaft

4. An wie vielen Tagen im Monat leiden Sie an Schwindel? _____

5. Gibt es Auslöser?

- Aufsetzen/Aufstehen
- Kopfbewegung
- beim Gehen
- Stress
- Husten, Pressen, Niesen
- bestimmte Umgebung (bspw. Enge Räume)
- visuelle Reize
- bestimmte Uhrzeit
- andere: _____

6. Haben Sie Begleitbeschwerden?

- Übelkeit/Erbrechen
- Sehstörungen/Doppelbilder
- Kopfschmerzen
- Sturzneigung
- Hörminderung
- Gang-/Standunsicherheit
- Ohrgeräusche
- Hörminderung
- Herzrasen
- Licht- und Lärmempfindlichkeit
- Atemnot
- Angst
- Schwitzen
- andere: _____

7. Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?

- HNO-Arzt
- Internist/Kardiologe
- Orthopäde
- Andere _____
- MRT Kopf
- MRT Halswirbelsäule
- Langzeit-Blutdruck
- Langzeit-EKG
- Ultraschall-Halsgefäße

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

