

## Schwindelfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Schwindel tritt bei einer Vielzahl von Erkrankungen auf. Eine genaue Schilderung der Beschwerden ist wichtig, da die Ursache von Schwindel sich durch technische Untersuchungen häufig nicht sicher klären lässt.

Oft bestehen zum Zeitpunkt der Untersuchung in unserer Praxis keine Auffälligkeiten, so dass wir für die Beurteilung der Frage, welche Erkrankung bei Ihnen vorliegt, auch auf ihre Angaben angewiesen sind.

Ich möchte Sie daher bitten, diesen Fragebogen vor der Untersuchung bei mir auszufüllen.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Beschwerden, welche gegebenenfalls zusätzlich zu Ihrem Schwindel während der Schwindelattacke auftreten, oder auf Beschwerden, welche vor der Schwindelattacke bestehen und diese sozusagen ankündigen.

Seit wann leiden Sie unter Schwindel? \_\_\_\_\_

Diese Fragen betreffen das Auftreten des Schwindels im Verlauf des Tages.

Leiden Sie unter einem ständig vorhandenen Schwindel? Nein:  Ja:

Besteht ständig ein Schwindel, der sich gegebenenfalls vorübergehend verstärkt? Nein:  Ja:

Leiden Sie unter einem zeitweise auftretenden Schwindel, d.h. sind Sie vorübergehend völlig beschwerdefrei? Nein:  Ja:

Wenn Sie unter klar abzugrenzenden Schwindelattacken leiden, geben Sie die Häufigkeit des Auftretens pro Tag \_\_\_\_ mal oder in einer Woche \_\_\_\_ mal an.

Falls die Attacken in größeren Abständen auftreten, bitte erläutern Sie dies:

---

---

Geben Sie bitte die durchschnittliche Dauer der Attacken in Sekunden \_\_\_\_, Minuten \_\_\_\_, Stunden \_\_\_\_ oder Tagen \_\_\_\_ an.

Falls die Attacken hinsichtlich ihrer Dauer stark schwanken, geben Sie bitte die geschätzte Dauer der Attacken an. Minimal \_\_\_\_\_ Maximal \_\_\_\_\_.

Haben Sie seit Beginn der Schwindelattacken eine Zunahme , eine Abnahme  oder eine konstante Häufigkeit  festgestellt?

Treten Schwindelattacken bei Ihnen auch in Ruhe, z. B. im Liegen, auf? Nein:  Ja:

**Me 1:** Tritt zu Beginn der Schwindelattacke ein Druckgefühl oder ein Spannungsgefühl an einem Ohr auf?

Nein:  Falls ja:  rechts  links

**Me 2:** Tritt vor oder während der Schwindelattacke ein Ohrgeräusch auf oder bemerken Sie eine Verstärkung des bereits vorhandenen Ohrgeräuschs?  
(Ohrgeräusche, welche unabhängig vom Schwindel seit längerem bestehen, können Sie an anderer Stelle schildern. Diese Frage bezieht sich ausschließlich auf Ohrgeräusche, welche in zeitlichem Zusammenhang mit der Schwindelattacke auftreten.)

Nein:  Falls ja:  rechts  links

**Me 3:** Haben Sie während der Schwindelattacke eine Verschlechterung Ihres Gehörs beobachtet?

Nein:  Falls ja:  rechts  links

**Me 4:** Haben Sie einen Schwindel in ähnlicher Form, auch in geringerer Stärke oder kürzerer Dauer zu früheren Zeiten bemerkt?

Nein:  Falls ja:  wann \_\_\_\_\_

**P 1:** Haben Sie während der Schwindelattacken Angst zu stürzen? Nein:  Ja:

**P 2:** Sind Sie im Rahmen einer Schwindelattacke bereits gestürzt? Nein:  Ja:

**P 3:** Treten Ihre Schwindelattacken bei bestimmten Situationen (Auto fahren, große Menschenansammlungen, in großer Höhe etc.) auf? Nein:  Ja:

- P 4:** Ist Ihnen aufgefallen, ob Sie bestimmte Situationen wegen dieses Schwindels vermeiden?  
Nein:  Ja:
- P 5:** Falls zu Beginn Ihrer Erkrankung der Schwindel nur in bestimmten Situationen auftrat, ist Ihnen aufgefallen, ob die Schwindelattacken nun auch bei anderen Gelegenheiten auftreten? Nein:  Ja:
- P 6:** Ist ihnen aufgefallen, ob der Genuss geringer Mengen Alkohol zu einer Besserung der Schwindelattacken führt? Nein:  Ja:
- P 7:** Haben Sie bei leichtem Sport eine Verstärkung oder ein gehäuftes Auftreten Ihres Schwindels bemerkt? Nein:  Ja:
- P 8:** Bestand zu Beginn Ihrer Schwindelattacken zunächst eine andere Erkrankung (Hörsturz etc.), welche von einem (HNO)-Arzt behandelt wurde? Nein:  Ja:
- Mi 1:** Bemerkten Sie während der Schwindelattacken eine vermehrte Empfindlichkeit gegenüber Gerüchen (Parfüm, gebratenes Fleisch etc.), welche zu anderen Zeiten so nicht besteht?  
Nein:  Ja:
- Mi 2:** Bestehen während der Schwindelattacken Kopfschmerzen oder ein Kopfdruck ?  
Nein:  Ja:
- Mi 3:** Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen, einer Migräne oder sind in der Vergangenheit Kopfschmerzen oder Migräneattacken aufgetreten? Nein:  Ja:
- Mi 4:** Leiden Familienmitglieder unter einer Migräne ? Nein:  Ja:
- Mi 5:** Ist eine helle Umgebung oder vermehrter Lärm während der Schwindelattacken für Sie unangenehm? Nein:  Ja:
- Mi 6:** Haben Sie im Anschluss an die Schwindelattacken einen vermehrten Harndrang bemerkt?  
Nein:  Ja:

- Mi 7:** Leiden Sie unter einer Reisekrankheit, d. h. tritt bei Ihnen beim Fahren in einem Kfz oder bei Flugreisen eine Übelkeit oder Unwohlsein auf? Nein:  Ja:
- Mi 8:** Haben Sie eine Häufung von Schwindelattacken während der Periode bemerkt?  
Nein:  Ja:
- Mi 9:** Haben Sie während der Schwindelattacken eine Sehstörung, d.h. ein verschwommen sehen, kleine Punkte oder Sehstörungen bemerkt? Nein:  Ja:
- Mi 10:** Bemerkten Sie während ihrer Schwindelattacken eine Gefühlsstörung im Gesicht oder an anderen Stellen des Körpers? Nein:  Ja:
- Mi 11:** Haben Sie während der Schwindelattacken eine Beeinträchtigung beim Sprechen oder Schlucken festgestellt? Nein:  Ja:
- PF 1:** Hatten Sie sich vor Beginn des Schwindels eine Verletzung des Kopfes (z. B. eine Gehirnerschütterung) zugezogen? Nein:  Ja:
- PF 2:** Wurde vor Beginn des Schwindels ein medizinischer Eingriff an einem Ohr durchgeführt?  
Nein:  Ja:
- PF 3:** Waren Sie vor Beginn des Schwindels einem sog. „Barotrauma“, d. h. einer starken Druckbelastung ausgesetzt? Nein:  Ja:
- PF 4:** Können die Schwindelattacken durch Geräusche oder Töne ausgelöst werden?  
Nein:  Ja:
- PF 5:** Können die Schwindelattacken durch Drücken auf das Ohr ausgelöst werden?  
Nein:  Ja:
- PF 6:** Werden die Schwindelattacken durch Husten, Pressen oder Druckschwankungen, z. B. in einem Aufzug oder Flugzeug, ausgelöst? Nein:  Ja:

- V 1:** Bemerkten Sie bei raschen Bewegungen eine scheinbare Bewegung Ihrer Umgebung wie ein „Ruckeln des Bildes“? Nein:  Ja:
- V 2:** Ist Ihnen beim Gehen im Dunkeln oder auf unebenem Untergrund eine Zunahme der Gangunsicherheit aufgefallen? Nein:  Ja:
- V 3:** Haben Sie seit Beginn des Schwindels Probleme sich räumlich zu orientieren, d. h. beim Lesen einer Karte oder eine Route einzuhalten ohne sich zu verfahren bemerkt ?  
Nein:  Ja:
- V 4:** Haben Sie beim Gehen Schwierigkeiten Schilder oder Schriftzeichen zu erkennen, „weil diese verschwimmen“? Nein:  Ja:
- V 5:** Können Sie das Auftreten von Schwindel dadurch vermeiden, dass Sie sich sehr langsam und vorsichtig bewegen? Nein:  Ja:
- V 6:** Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Behandlung mit einem Antibiotikum oder eine Chemotherapie durchgeführt? Nein:  Ja:
- B 1:** Haben Sie beobachtet, ob eine bestimmte Haltung des Kopfes zu einer Auslösung oder einer Verstärkung des Schwindels führt ? Nein:   
Falls ja:  bitte Beschreibung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- B 2:** Tritt bei beim Umdrehen im Bett, beim Bücken oder beim Aufrichten ein Schwindel auf?  
Nein:  Ja:

Bitte beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten, wie Sie Ihren Schwindel wahrnehmen, z. B. als Drehschwindel, Schwanken, Benommenheit, Unsicherheit beim Gehen, plötzliches Stürzen etc. und wie der Schwindel Sie im Alltag beeinträchtigt:

---

---

---

---

---

---

---

---

Leiden Sie unter einem Diabetes ( Zuckerkrankheit )? Nein:  Ja:

Besteht bei Ihnen ein hoher Blutdruck? Nein:  Ja:

Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck? Nein:  Ja:

Das Auftreten von Schwindel kann durch Medikamente verursacht oder zumindest begünstigt werden.

Geben Sie die Namen, die Dosis und nach Möglichkeit seit wann Sie das Medikament einnehmen an.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_