

Zentrum für Kopfschmerz- und Schwindelerkrankungen

Schlüterstr. 38 ▶ 10629 Berlin

Tel. 030 – 8843636 Fax 030-8843637 ▶ eMail: info@neuro38.de

## Zusatzfragebogen Schwindelerkrankungen

Schwindel ist ein sehr häufig beklagtes Symptom. Da es aber viele verschiedene Schwindelformen und auch Ursachen dafür gibt, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen in Ruhe zu beantworten. Dies wird die Einschätzung Ihres Schwindelproblems und die Diagnostik erleichtern. Vielen Dank.

	Ja	Nein
<b>Tritt der Schwindel in Form von Attacken auf ?</b>	___	___

**Wenn ja, wie lange halten diese Attacken an?** (wieviele Sekunden / Minuten / Stunden)

---

**Treten die Attacken nach ...**

....Kopfbewegungen oder Lageänderungen	___	___
....lauten Geräuschen	___	___
....Pressen	___	___
.... „Luft anhalten“ auf ?	___	___

**Welche evt. anderen Auslöser haben Sie festgestellt ?**

---

<b>Tritt der Schwindel auch beim Sitzen oder Liegen auf ?</b>	___	___
---	-----	-----

<b>Tritt der Schwindel auch nachts auf, so dass Sie dadurch aufwachen ?</b>	___	___
---	-----	-----

<b>Handelt es sich um einen Dauerschwindel, der zu jeder Tageszeit vorhanden ist ?</b>	___	___
--	-----	-----

**Handelt es sich um ...**

....einen Drehschwindel („wie ein Karussell“, „die Welt dreht sich“)?	___	___
....um einen Schwankschwindel: „Wie auf einem Schiff bei hohem Seegang“?	___	___
.... ein Gefühl der Benommenheit: „Als würde man gleich ohnmächtig“?	___	___
...eine Unsicherheit beim Gehen / Stehen ?	___	___

**Wann ist der Schwindel erstmals aufgetreten?** (Datum oder Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie die Umstände. Lag eine belastenden Situation vor?**

---

Zentrum für Kopfschmerz- und Schwindelerkrankungen

Schlüterstr. 38 ▶ 10629 Berlin

Tel. 030 – 8843636 Fax 030-8843637 ▶ eMail: info@neuro38.de

An wievielen Tagen im Monat tritt der Schwindel durchschnittlich auf ? \_\_\_\_\_

Traten bereits in der weiteren Vergangenheit Phasen von Schwindel oder Schwindelattacken auf ?  
Ja Nein  
\_\_\_\_\_

Trat der Schwindel nach Einnahme eines neuen Medikamentes oder nach einer Dosiserhöhung auf ?  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, welches ? \_\_\_\_\_

War der Schwindel begleitet von Symptomen am Ohr oder das Hören betreffend? \_\_\_\_\_

Wenn ja, unterstreichen Sie bitte alle zutreffenden Symptome:  
Druck im Ohr            Tinnitus/Rauschen/Pfeiffen            deutliche Hörminderung

Ist der Schwindel immer oder gelegentlich begleitet von ....  
...Übelkeit und /oder Erbrechen            \_\_\_\_\_  
...ungewohnter Licht- oder Lärmempfindlichkeit            \_\_\_\_\_

Bestehen während oder nach der Schwindelattacke Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Treten gleichzeitig mit dem Schwindel Symptome wie Sehstörungen (Doppelbilder, Einschränkung des Sehbereiches, etc.) halbseitige Gefühlsstörungen oder Schwäche auf ? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den Wochen vor Einsetzen des Schwindels einen Unfall mit Kopfverletzung ? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen folgende Vorerkrankungen bekannt? (Zutreffendes bitte unterstreichen):

- |                               |                               |  |               |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---------------|
| Schlaganfall                  | Herzinfarkt/Angina pectoris   | Diabetes mellitus                      | Bluthochdruck |
| Kopfverletzungen              | chron. Mittelohrentzündung    | andere chron. Ohrerkrankungen oder OPs |               |
| Polyneuropathie               | andere Nervenerkrankungen     |  |               |
| Angststörung                  | Depression                    | andere psychiatrische Erkrankungen     |               |
| Rheumatologische Erkrankungen | häufige Bindehautentzündungen | Hautausschläge                         |               |

Rauchen Sie? wenn ja: wieviele Zigaretten pro Tag ? \_\_\_\_\_

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Tag oder pro Woche ? Bier / Wein / Spirituosen ? \_\_\_\_\_