



Zusatzfragebogen Schwindelerkrankungen

Name: _____

	Ja	Nein
Tritt der Schwindel in Form von Attacken auf?	___	___
Wie lange halten diese Attacken an (wieviele Sekunden / Minuten / Stunden)?	_____	
Treten die Attacken nach Kopfbewegungen oder Lageänderungen auf?	___	___
Oder nach lauten Geräuschen oder Pressen oder „Luft anhalten“?	___	___
Welche Auslöser haben Sie festgestellt?	_____	
Tritt der Schwindel auch beim Sitzen oder Liegen auf?	___	___
Tritt der Schwindel auch nachts auf, so dass Sie dadurch aufwachen?	___	___
Handelt es sich um einen Dauerschwindel, der zu jeder Tageszeit vorhanden ist?	___	___
Handelt es sich um einen Drehschwindel („wie ein Karussell“, „die Welt dreht sich“)?	___	___
Oder eher um einen Schwankschwindel: „Wie auf einem Schiff bei hohem Seegang“?	___	___
Oder ist es eher ein Gefühl der Benommenheit: „Als würde man gleich ohnmächtig“?	___	___
Oder ist es mehr eine Unsicherheit beim Gehen / Stehen?	___	___
Wann ist der Schwindel erstmals aufgetreten? (Datum oder Monat/Jahr)	_____	
Bitte beschreiben Sie den Ort	_____	
Lag eine belastende Situation vor?	___	___
An wievielen Tagen im Monat tritt der Schwindel durchschnittlich auf?	_____	
Traten bereits in der weiteren Vergangenheit Phasen von Schwindel oder Schwindelattacken auf?	___	___
Trat der Schwindel nach Einnahme eines neuen Medikamentes oder nach einer Dosiserhöhung auf?	___	___
Wenn ja, welches?	_____	

Christina Käding
 Dr. med. Raphael Friedl
 Bernd Hellmann



Fachärzte für Neurologie

	Ja	Nein
Hatten Sie in den Wochen vor Einsetzen des Schwindels einen Unfall mit Kopfverletzung?	___	___
War der Schwindel begleitet von Symptomen am Ohr oder das Hören betreffend Unterstreichen Sie zutreffendes: Druck im Ohr Tinnitus/Rauschen/Pfeiffen dtl. 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?	_____	

Sind bei Ihnen folgende **Vorerkrankungen** bekannt? (Zutreffendes 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? _____