



**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

Gab es bereits eine HNO ärztliche Abklärung?  Nein  Ja (Wo? Ergebnis?)

Waren Sie bereits wegen des Schwindels in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja (wo?)

### 1. Haben Sie das Gefühl, dass

- sich die Umwelt dreht
- Sie sich drehen
- Sie hin und her taumeln
- Sie zur Seite gezogen werden
- Ihnen schwarz vor Augen wird

### 2. Wie empfinden Sie den Schwindel?

- Drehschwindel (Karusell)
- Schwankschwindel (Schiff)
- Liftgefühl
- Benommenheit
- Unsicherheitsgefühl
- Gangunsicherheit

### 3. Wie oft tritt der Schwindel auf?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- unregelmäßig

### 4. Wie lange hält der Schwindel an?

- dauerhaft
- Sekunden
- Minuten
- Tage

### 5. Gibt einen Auslöser für den Schwindel?

- Kopfbewegung
- Aufstehen
- Hinlegen
- Liegen
- in Ruhe
- Auto/Bahn fahren
- Lärm/Geräusch

### 6. In einer Schwindelepisode, ist der Schwindel dabei

- dauerhaft vorhanden
- unterteilt in einzelne Attacken von wenigen Sekunden

### 7. Gibt es Begleitsymptome?

- Übelkeit/Erbrechen
- Ohrgeräusche
- Sehstörungen (Rucken der Bilder)
- Verschwommensehen
- Doppelt sehen
- Gefühlsstörungen
- Herzasen/-stolpern

### 8. Wann ist der Schwindel vorhanden?

- im Stehen
- im Gehen
- im Sitzen
- im Liegen

### 9. Sind/haben Sie in einer Schwindelphase

- bewusstlos geworden
- gestürzt
- Verletzungen erlitten

