

PRAXIS FÜR HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN UND -CHIRURGIE

Rathausstrasse 2, 8640 Rapperswil

Tel. 055 220 10 20 Fax. 055 220 10 22 E-mail: praxis.domeisen@hin.ch

www.drdomeisen.ch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch!

Ihr Arzt hat eine Untersuchung angeordnet, welche zeigen soll, ob Ihre Beschwerden durch eine Störung des Gleichgewichtssystems bedingt sind. Hierzu möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen vor der Untersuchung auszufüllen. Bitte, notieren Sie für die Untersuchung auch die Medikamente, welche Sie in den letzten zwei Monaten eingenommen haben (allenfalls Packungen oder Patientenkarte).

Tragen von Kontaktlinsen macht die Untersuchung schwierig. Eine Brille behindert hingegen die Untersuchung nicht. Bitte verwenden Sie kein Make-up, Mascara oder Eyeliner. Um die Aussagekraft der Untersuchung zu verbessern, empfehlen wir Ihnen, am Vorabend eine leichte Mahlzeit einzunehmen und früh ins Bett zu gehen. Weiter sollten Sie keinen Alkohol und keinen Kaffee trinken.

Die Nachbearbeitung dieser umfassenden Untersuchung beansprucht etwas Zeit. Die Beurteilung der Untersuchung werden wir so rasch wie möglich Ihrem behandelnden Arzt weiterleiten, damit er sie allenfalls mit Ihnen besprechen kann.

Patienten – Fragebogen

1.	Wann genau haben die Schwindelbeschwerden angefangen?		
2.	Beschreiben Sie Ihren Schwindel (zutreffendere Antwort bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Drehschwindel (wie Karussell) <input type="checkbox"/> Schwankschwindel (wie auf einem Schiff) <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> Schwarzwerden vor Augen <input type="checkbox"/> Liftschwindel (auf – ab) <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung beim Gehen Haben Sie diesen Schwindel andauernd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Tritt Ihr Schwindel anfallsweise auf? Wie oft? (Anzahl pro Tag, Woche, Monat, Jahr) _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Wie lange dauert ein Anfall? _____	<input type="checkbox"/> Sekunden	<input type="checkbox"/> Minuten <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> Tage
5.	Wann hatten Sie den letzten Anfall? _____		
6.	Beginnt der Schwindel am Morgen beim Erwachen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Beginnt der Schwindel beim Drehen oder Aufsitzen im Bett?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Beginnt der Schwindel am Morgen beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	Beginnt der Schwindel, wenn Sie sich nach hinten ablegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Können Sie Ihren Schwindel auslösen? Wenn ja, wie? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Ist der Schwindel abhängig von einer gewissen Kopfbewegung (Wäsche aufhängen, aufstehen, Umdrehen im Bett) oder Körperhaltung (Beugen oder Aufstehen)? Wenn ja, von welcher? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Haben Sie eine Vorstellung, wodurch Ihr Schwindel entstanden ist? Wenn ja, wodurch? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Wird Ihr Schwindel durch irgend etwas angekündigt? Wenn ja, wodurch? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Sind Sie zwischen den Anfällen beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Leiden Sie unter Reisekrankheit? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Hat der Schwindel nach einer schweren Grippe begonnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Hat der Schwindel nach einer Flugreise begonnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Tritt Ihr Schwindel während körperlicher Anstrengung auf? Wenn ja, bei welcher? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Tauchen Sie? Wenn ja, haben Sie dabei Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	Sehen Sie scharf? Falls nicht, seit wann? _____ Tragen Sie eine Brille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.	Sehen Sie manchmal doppelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.	Haben Sie manchmal schwarze Punkte vor den Augen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Haben Sie kürzlich neue Brillengläser gekauft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24.	Haben Sie Probleme, im Dunkeln zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25.	Haben Sie während eines Anfalles das Gefühl zu fallen? Wenn ja, in welche Richtung? <input type="checkbox"/> nach rechts <input type="checkbox"/> nach links <input type="checkbox"/> nach vorne <input type="checkbox"/> nach hinten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	Tritt der Schwindel zusammen mit Übelkeit und/ oder Erbrechen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27.	Können Sie während eines Anfalles noch gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

28.	Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Umgebung während eines Anfalles um Sie dreht? Wenn ja, in welche Richtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> im Uhrzeigersinn <input type="checkbox"/> im Gegenuhrzeigersinn
29.	Oder haben Sie das Gefühl, dass Sie sich während eines Anfalles selber drehen? Wenn ja, in welche Richtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> im Uhrzeigersinn <input type="checkbox"/> im Gegenuhrzeigersinn
30.	Können Sie Ihren Schwindel beeinflussen? Wenn ja, wodurch und in welcher Weise?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
31.	Sind Sie berufstätig? Wenn ja, was ist Ihre Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
32.	Machen Sie Sport? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
33.	Haben Sie Ohrlfluss? Wenn ja,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
34.	Wurden Sie an den Ohren operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
35.	Spüren Sie einen Druck in den Ohren während eines Schwindelanfalles? Wenn ja,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
36.	Haben Sie den Eindruck, dass sich ihr Hörvermögen während eines Schwindelanfalles verändert? Wenn ja, in welcher Weise? Welches Ohr?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
37.	Haben Sie Ohrensausen (Pfeifen, Brummen etc.)? Wenn ja, wann? In welchem Ohr: Wie wird Ihr Ohrensausen durch den Schwindelanfall beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
38.	Ist Ihr Hörvermögen auf einer Seite schlechter? Wenn ja, auf welcher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
39.	Hatten Sie mal Ohrenscherzen? Wenn ja, in welchem Ohr?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
40.	Wurde Schwindel bei Ihnen schon durch Lärm verursacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
41.	Hatten Sie schon mal ein Kribbeln um den Mund, an den Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
42.	Haben Sie mal eine Schwäche Ihrer Arme oder Beine bemerkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
43.	Haben Sie schon mal Probleme mit Sprechen gehabt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
44.	Leiden Sie gelegentlich unter Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
45.	Hatten Sie mal ein Druckgefühl auf der Brust bei Anstrengung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
46.	Schwitzen Sie schnell?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
47.	Haben Sie manchmal Probleme mit Schlucken oder ein Würgegefühl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
48.	Haben Sie mal eine Schädelverletzung mit Bewusstseinsverlust erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
49.	Wenn Sie Schwindel haben, fühlen Sie sich leicht im Kopf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
50.	Haben Sie während Ihres Schwindels Angst, das Bewusstsein zu verlieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
51.	Sind Sie mal während eines Schwindelanfalles ohnmächtig geworden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
52.	Kommt der Schwindel zusammen mit Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
53.	Leiden Sie unter Migräne? <input type="checkbox"/> oder gibt es Migräne-Fälle in Ihrer Familie? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
54.	Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf, wenn Sie Schwindel haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
55.	Tritt der Schwindel eher unter der Woche <input type="checkbox"/> oder am Wochenende <input type="checkbox"/> auf?	<input type="checkbox"/> nein
56.	Bekommen Sie Schwindel, wenn Sie hungrig sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
57.	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ihrem Schwindel und Ihrem Zyklus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
58.	Sind Sie leicht verletzlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

59. Stehen Sie oder arbeiten Sie unter Druck (Stress)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
60. Rauchen Sie? Wenn ja, welche Marke und wie viele Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61. Trinken Sie täglich Alkohol? Wenn ja wieviel und zu welcher Tageszeit? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62. Welche Medikamente nehmen Sie ein oder haben Sie bis vor kurzem eingenommen? _____		
63. Waren Sie schon mal im Spital? Wenn ja, weshalb? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
64. Litten Sie an schweren Erkrankungen, welche zu Hause behandelt wurden? Wenn ja, an welchen? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
65. Sind Sie ängstlich? Geraten Sie rasch in Panik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
66. Haben Sie Gedächtnisprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
67. Hatten Sie schon mal Schwindel unter vielen Leuten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
68. Sind Sie häufig müde, antriebslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
69. Leiden Sie an Schlafstörungen? Wenn ja, in welcher Weise? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Falls Sie mal einen schweren Unfall erlitten haben oder falls Ihr Schwindel nach dem Unfall begonnen hat, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.</p> <p>Art des Unfalles: _____</p> <p>Datum des Unfalles: _____</p> <p>Leiden Sie seither an: _____</p>		
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Armbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehörminderung	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
Ohrensausen	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> gelegentlich
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konzentrationsproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wortfindungsproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überempfindlichkeit für helles Licht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überempfindlichkeit für Lärm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schneller Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlechtem Schlaf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Nervosität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein