



### Liebe Patientin, lieber Patient,

um die Ursache für Ihren Schwindel herausfinden zu können, benötigen wir folgende Informationen von Ihnen. Ihre Angaben unterstützen uns bei der Untersuchung und Diagnose. Füllen Sie daher den folgenden Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Bitte fragen Sie uns, falls Ihnen etwas unklar sein sollte. Wir helfen Ihnen gerne weiter! Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

#### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

#### Symptome

Seit wann ungefähr haben Sie diese Symptome?

Wie häufig haben Sie die Symptome?

täglich  wöchentlich  zum ersten Mal

Haben sich die Gleichgewichtsstörungen in letzter Zeit verschlimmert?  ja  nein

Wie lange dauern die Schwindelanfälle?

einige Sekunden  einige Minuten  
 länger andauernd  ununterbrochen

#### Bitte beschreiben Sie Ihren Schwindel:

Wird Ihnen z. B. schwarz vor Augen, schwankt alles von links nach rechts / oben nach unten? Ist der Schwindel drehend wie auf einem Karussell oder schwankend wie auf einem Boot? Leiden Sie an Übelkeit / Erbrechen?

---

---

---

#### Haben Sie weitere Symptome außer Schwindel?

- Tinnitus (Ohrgeräusche) Wenn ja, werden diese bei einem Schwindelanfall stärker?  ja  nein
- Druck auf den Ohren  Hörminderung
- Übelkeit / Erbrechen  Kopfschmerzen
- Sehstörungen  Herzrasen
- Gefühlsstörungen
- andere Symptome, bitte nennen:

---

---

---

#### Bitte beschreiben Sie, wann der Schwindel auftritt:

Bei bestimmten Kopfbewegungen (z. B. bei schnellen Drehbewegungen)

Bei bestimmten anderen Bewegungen (z. B. beim Hinlegen / Aufrichten)

Um eine bestimmte Uhrzeit (z. B. morgens nach dem Aufstehen)

#### Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Kopfverletzungen  Erkältung / Grippe
- Häufige Herpesinfektionen  Erhöhter Blutdruck
- Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen
- Beschwerden der Halswirbelsäule
- Weitere orthopädische Erkrankungen, z. B. Bandscheibenvorfall
- Neurologische Erkrankungen, z. B. Epilepsie
- Venerische Erkrankungen (Geschlechtskrankheiten)
- Allergien  Weitere

#### Kontaktstoffe

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie auch Medikamente gegen Schwindel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel

---

Haben Sie in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken?  ja  nein  
Wenn ja, wie viel?

Haben Sie Drogen genommen?  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein

Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Schadstoffen, z. B. Lösungsmitteln, ausgesetzt?  ja  nein

*Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.*

Datum

Unterschrift