

Vor – und Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

**Woher kennen Sie uns ? - Wie haben Sie uns gefunden ?**

- Suche bei Google
- Suche bei sonstige Suchmaschine
- Radio
- Zeitungsartikel
- Empfehlung des behandelnden Arztes - ggf. welcher Arzt
- Facebook
  
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Untersuchung mit in unsere Praxis**

Bitte beschreiben Sie in kurzen Worten, seit wann und welche Beschwerden Sie haben

---

---

---

---

**Wie würde Sie Ihren Schwindel charakterisieren ? (Mehrfachnennung ist möglich)**

- Dauerschwindel
  
- Anfallsartiger Schwindel (falls es zutrifft wie lange hält er an)
  - Sekunden
  - Minuten
  - Stunden
  - Tage
  - Wochen
  
- Lageabhängiger Schwindel
  
- Schwindel ausschließlich nur beim Laufen und Stehen nicht im Liegen
  
- Schwindel ausschließlich im Bett

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein**

---

---

---

**Wurden Sie schon einmal auf einer Intensivstation wegen einer starken Entzündung oder einer Herzerkrankung behandelt ?**

(Es gibt Wassertreibende und Antibiotische Medikamente die giftig für das Gleichgewichtsorgan sind)

- Ja  Nein

**Treten mit dem Schwindel folgende Begleitsymptome auf (Mehrfachnennungen möglich):**

- Kopfschmerzen  
 Vor  Während  Danach
- Übelkeit
- Echter Drehschwindel (gemeint ist ein Drehen wie im Karussell)
- Ohrendruck oder Völlegefühl, Hörverlust oder Ohrgeräusche im Ohr  
 Rechts  Links  Beidseits  
 Vor dem Schwindel  Während des Schwindels  Nach dem Schwindel

**Verstärkt sich der Schwindel bei**

- Helligkeitswechsel  Volle oder Leer Plätze  Supermarkt  
 Treppenhaus  Autofahren auf geraden Strecken  Tunnelfahrten
- Sonstige Symptome (z.B. Gefühlsstörungen der Wange, Veränderungen Geruch / Geschmack, Taubheitsgefühle, Bewegungsstörungen, Fallneigungen)

---

---

---

---

**Vorerkrankungen des Ohres (Insbesondere Operationen)?**

---

---

---

**Haben Sie einen Herzschrittmacher**  Ja  Nein

**Wurde schon einmal ein MRT (Kernspin) des Schädels durchgeführt**  Ja  Nein

falls JA - Bilder bitte auf CD mitbringen - möglichst keine Papier- oder Folienausdrucke  
schriftlicher Befund ist nicht ausreichend.

Falls NEIN bitte falls möglich ggf. vorher durch den Hausarzt ein MRT mit CISS oder Space  
- Sequenz des Schädels - maximale Schichtdicke 1mm anfordern lassen und mitbringen

**Hatten Sie schon einmal einen Hörsturz oder Gleichgewichtsausfall ?**

Hörsturz  Rechts / Links  
 Gleichgewichtsausfall  Rechts / Links

**Bei wem und wann haben Sie sich bereits wegen der Beschwerden vorgestellt - bitte mit  
Angabe der Diagnose**

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche der folgenden Medikamente haben Sie gegen den Schwindel schon genommen:

- |  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Betahistin (Vasomotal / Aequamen / Betavert) |                                  |   |
| <input type="radio"/> Arlevert                                     |                                  |   |
| <input type="radio"/> Vertigoheel                                  | <input type="radio"/> Taumea     | <input type="radio"/> Ginkopräparate                              |
| <input type="radio"/> Carbamazepin                                 | <input type="radio"/> Flunarizin | <input type="radio"/> Gabapentin <input type="radio"/> Lamotrigen |
| <input type="radio"/> Topiramant                                   | <input type="radio"/> Maxalt     | <input type="radio"/> Prednisolon (Kortison)                      |
| <input type="radio"/> Picrotoxin                                   | <input type="radio"/> Sulpirid   |   |

Sonstige: \_\_\_\_\_

---

(Diese Informationen werden dem auswertenden Arzt erst nach der Befundung und Auswertung  
Ihrer Untersuchungen zur Verfügung gestellt. Ihre Diagnose wird nicht primär durch Auswertung  
des Fragebogens gestellt.)