

1.) Welche Art von „Schwindel“ haben Sie:

- Schwankschwindel („wie auf dem Schiff“) Drehschwindel („wie Karussell fahren“)
 Gangunsicherheit Benommenheitsgefühl Andere: _____

2.) Gibt es Auslöser?

- Kopfbewegung Aufsetzen / Aufstehen beim Gehen visuelle Reize Stress
 bestimmte Umgebungssituationen (z.B. Einkaufen, enge Räume) Husten, Pressen, Niesen
 Andere: _____

3.) Gibt es begleitende Beschwerden?

- Übelkeit / Erbrechen Sehstörungen / Doppelbilder Stand- / Gangunsicherheiten Sturzneigung
 Kopfschmerzen Hörminderung Tinnitus / Ohrgeräusche Licht- oder Lärmempfindlichkeit
 Herzrasen Atemnot Schwitzen Angst Andere: _____

4.) Wie lange leiden Sie an den Schwindelbeschwerden?

Geben Sie bitte die entsprechende Anzahl in Monaten / Jahren an: _____ Monate / Jahre

5.) An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an den Schwindelbeschwerden?

Geben Sie bitte die Anzahl der Tage pro Monat an: _____ Tage

6.) Wie lange halten die Schwindelbeschwerden an?

- Sekunden Minuten Stunden Tage anhaltende bzw. dauerhafte Beschwerden

7.) Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?

- HNO-Arzt Orthopäde Internist / Kardiologe Andere: _____
 MRT Kopf MRT Halswirbelsäule Langzeit-EKG Langzeit-Blutdruck Ultraschall Halsgefäße

8.) Welche Therapie ist bisher erfolgt?

- Lagerungsmanöver Krankengymnastik / Physiotherapie Ruhe / Entspannung
 Medikamente, welche: _____
 Andere: _____

Bemerkungen:

