

Schwindelbogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Art des Schwindels

Was für ein Schwindel ist es bei Ihnen?

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Drehschwindel | <input type="radio"/> Schwankschwindel | <input type="radio"/> Liftschwindel |
| <input type="radio"/> Unsicherheitsgefühl | <input type="radio"/> Taumeligkeit | <input type="radio"/> Dauerschwindel |
| <input type="radio"/> Anfallsartiger Schwindel | | |

Intensivität? _____

Zeitliche Charakteristik

Seit wann haben Sie Schwindel? _____

- | | | | | |
|------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Wie oft? | <input type="radio"/> Täglich | <input type="radio"/> Wöchentlich | <input type="radio"/> Monatlich | <input type="radio"/> Selten |
| Wie lange? | <input type="radio"/> Sekunden | <input type="radio"/> Minuten | <input type="radio"/> Stunden | <input type="radio"/> Tage |

Begleitsymptome

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="radio"/> Sehstörungen | <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="radio"/> Tinnitus/Hörstörungen | <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> _____ |

Auslösefaktoren

Situationen/Bewegungen, die Schwindel auslösen?

Weitere Fragen

Bestehen Vorerkrankungen? _____

Besteht eine berufliche oder familiäre Belastung? _____

Einnahme von Medikamenten/Alkohol? _____