

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 aus. Bitte fragen Sie uns,
falls Ihnen etwas unklar sein sollte. Wir helfen
Ihnen gerne weiter! Vielen Dank!

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Seit wann 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

z.B. schwarz vor den Augen, schwanken oder
drehen

**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 Drehungen)

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

Zu bestimmten Tageszeiten
(z.B. morgens nach dem Aufstehen)

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

☐ Kopfverletzungen ☐ Erkältung/Grippe
☐ häufige Herpesinfektionen
☐ erhöhter Blutdruck
☐ Diabetes o. andere Stoffwechselerkrankung
☐ Beschwerden der Halswirbelsäule
☐ weitere orth. Erkrankungen
(z.B. Bandscheibenvorfall)
☐ neurologische Erkrankungen z.B. Epilepsie
☐ Geschlechtskrankheiten
☐ Zeckenbiss ☐ Allergien ☐ Weitere:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

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

Datum

Unterschrift