



<b>Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort im nebenstehenden Kästchen mit einem Kreuz.</b>			
<b>Wie empfinden Sie den Schwindel?</b>			
Drehschwindel	<input type="checkbox"/>	Taumeligkeit	<input type="checkbox"/>
Schwankschwindel	<input type="checkbox"/>	allg. Unsicherheit	<input type="checkbox"/>
Liftschwindel	<input type="checkbox"/>	Fallneigung	<input type="checkbox"/>
<b>Wie lange hält der Schwindel an?</b>			
Sekunden bis Minuten	<input type="checkbox"/>	Dauerschwindel	<input type="checkbox"/>
Stunden	<input type="checkbox"/>		
<b>Wie ist das Sehempfinden während des Schwindelanfalls?</b>			
keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	Sternchen sehen	<input type="checkbox"/>
Schwarzwerden vor Augen	<input type="checkbox"/>	andere Sehstörungen	<input type="checkbox"/>
Flimmern	<input type="checkbox"/>		
<b>Treten zusätzliche Beschwerden auf?</b>			
keine	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Herzrasen/Herzstolpern/Herzstechen	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Schluck- und/oder Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	Bettlägerigkeit aufgrund des Schwindels	<input type="checkbox"/>
Gesichtslähmung	<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>
Sturz ohne Bewusstseinsverlust	<input type="checkbox"/>	Emotionale Spannung	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Unruhe	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>		
<b>Treten Beschwerden der Ohren auf?</b>			
keine	<input type="checkbox"/>	Ohrenfluss	<input type="checkbox"/>
akute einseitige Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Ausschlag am äußeren Ohr	<input type="checkbox"/>
akute bds. Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>
vorbestehende einseitige Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Blutung aus dem Ohr	<input type="checkbox"/>
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>		
<b>Durch was lässt sich der Schwindel provozieren?</b>			
nicht provozierbar	<input type="checkbox"/>	durch Lesen	<input type="checkbox"/>
durch schnelles Aufstehen	<input type="checkbox"/>	durch Bildschirm- oder Naharbeit	<input type="checkbox"/>
durch Seitenwechsel im Liegen	<input type="checkbox"/>	durch Blick zum Boden	<input type="checkbox"/>
durch Kopfdrehung	<input type="checkbox"/>	durch psychische Belastung	<input type="checkbox"/>
durch körperliche Belastung	<input type="checkbox"/>		
<b>Bestehen zusätzliche Erkrankungen?</b>			
keine	<input type="checkbox"/>	Halswirbelsäulen- Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Z.n. Ohr-Operation	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Z.n. Kopf-Trauma	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Medikamente?</b>			
keine	<input type="checkbox"/>	Beruhigungs-/Schlafmittel	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Präparate	<input type="checkbox"/>	Antidiabetika	<input type="checkbox"/>
Digitalis	<input type="checkbox"/>	ASS/Falithrom/Marcumar	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>		

Verdachtsdiagnose:

Bitte wenden !

<b>Dizziness Handicap Inventory</b>			ja (4 Pkt.)	zeitweise (2 Pkt.)	nein (0 Pkt.)
1	<b>Physical Subscale</b>	Haben Sie beim Nachoberschauen vermehrt Schwindelprobleme?			
2		Verstärken sich Ihre Beschwerden, wenn Sie auf einer unebenen Oberfläche laufen?			
3		Verstärken sich Ihre Beschwerden bei schnellen oder anspruchsvolleren Bewegungen wie z.B. beim Sport, Tanzen, Haushaltsarbeit?			
4		Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Schwindelbeschwerden?			
5		Haben Sie beim Drehen im Bett verstärkt Schwindelbeschwerden?			
6		Verstärken sich Ihre Schwindelbeschwerden beim Gehen auf Bürgersteigen an Dicht befahrenen Straßen?			
7		Verstärken Nickbewegungen des Kopfes oder Überkopfarbeiten Ihre Beschwerden?			
8	<b>Functional Subscale</b>	Müssen Sie sich in Ihrem Berufsleben aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden einschränken?			
9		Haben Sie beim Lagewechsel (Aufstehen, Hinlegen) verstärkt Schwindelbeschwerden?			
10		Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden im sozialen Leben eingeschränkt (Kinobesuch, Essen gehen, Tanzen gehen, Besuch von Festen)?			
11		Haben Sie beim Lesen verstärkt Probleme?			
12		Vermeiden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden größere Höhen?			
13		Sind für Sie anstrengende Arbeiten (Haushalt oder Garten) schwer oder unmöglich?			
14		Ist es für Sie schwer, aufgrund Ihrer Beschwerden alleine außer Haus zu gehen?			
15		Ist es für Sie schwer, aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden im Dunkeln zu gehen?			
16		Haben Ihre Schwindelbeschwerden Einfluss auf Ihren Verantwortungsbereich Im Beruf oder im Haushalt (Beschränkung auf bestimmte Tätigkeiten)?			
17	<b>Emotional Subscale</b>	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden zeitweise frustriert?			
18		Haben Sie Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen?			
19		Ist es Ihnen peinlich, wenn andere Personen Ihre Schwindelbeschwerden bzw. Unsicherheit bemerken?			
20		Haben Sie Angst davor, jemand könnte Sie für betrunken halten, wenn er Ihre Unsicherheit oder Ihr Schwanken beobachtet?			
21		Haben Sie aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden Konzentrationsstörungen?			
22		Haben Sie Angst, wegen Ihrer Beschwerden immer allein zu Hause sein zu müssen?			
23		Fühlen Sie sich behindert aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden?			
24		Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden mit Ihrem Partner oder der Familie bzw. Freunden schon Ärger gehabt?			
25		Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden depressiv?			
Teilergebnis:					
Gesamtergebnis:					100