

Name:
Vorname:
geb. Dat.:

1. Welche Form hat Ihr Schwindel?

- Drehschwindel
- Schwankschwindel
- Gangunsicherheit
- Benommenheitsgefühl (schwarz vor den Augen)
- anderes: _____

2. Besteht eine Fallneigung wenn der Schwindel kommt?

- Ja → nach rechts nach links
- Nein
-

3. Haben Sie wegen des Schwindels bereits andere Ärzte konsultiert?

- Hausarzt
- Neurologe
- Orthopäde
- Kardiologe

4. Erfolgten ggf. schon folgende Untersuchungen ? Wenn ja wann?

- MRT Schädel am:
- Ultraschall der Halsweichteile am:
- EKG/Langzeit EKG am:

5. Erfolgte bisher eine Therapie?

- Medikamente: _____
- Lagerungsbehandlung
- Physio/Ergotherapie
- Sonstiges _____

6. Seit wann bestehen die Schwindelbeschwerden:

- <12 Stunden
- 1-3 Tage
- 3-14 Tage
- 2-10 Wochen
- >10 Wochen

7. Wenn der Schwindel auftritt, wie lange hält er an?

- Wenige Sekunden
- 20 Sekunden bis eine Minute
- 1-5 Minuten
- 5 Minuten bis eine Stunde
- Mehrere Stunden
- Tagelang
- Dauerhaft

8. Wie beginnt der Schwindel:

- Plötzlich
- langsam schlimmer werdend
- weiss nicht

9. Gibt es während des Schwindels andere Beschwerden?

- Übelkeit mit Erbrechen
- Hörminderung
- Ohrgeräusche
- Sehstörungen
- Kopfschmerzen
- Bewusstseinsstörung / Bewusstlosigkeit
- Kollaps
- sonstiges _____

10. Wann tritt der Schwindel auf?

- Nur nachts
- Nur tagsüber
- Am Tage und in der Nacht

11. Gibt es Auslöser für den Schwindel?

- Aufsetzen aus dem Liegen
- Umdrehen im Bett
- körperliche Anstrengung
- helles Licht
- laute Geräusche
- Stress
- kann ich nicht sagen
- anderes: _____

