



Welche Art von „Schwindel“ haben Sie:

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

Gibt es Auslöser für die Schwindelgefühle?

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

Gibt es begleitende Beschwerden?

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

Wie lange leiden Sie an den Schwindelbeschwerden? _____Tage / Monate / Jahre

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

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

Wie lange halten die Schwindelbeschwerden an?

- Sekunden Minuten Stunden Tage dauerhafte Beschwerden

Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?

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

Welche Therapie ist bisher erfolgt?

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

Anmerkungen: