

Schwindel Fragebogen

- Zeitliches Auftreten
 - Beginn Schleichend. Plötzlich
 - Versuchen Sie sich an das ERSTE Auftreten des Schwindels zu erinnern !
 - Verlauf Zunehmend Gleichbleibend
 Abnehmend rasch (Std./1 Tag)
 langsam (mehrere Tage)
- Dauer
 - Attackenartig. Sekunden
 Unter 1 Minute
 Mehrere Minuten
 Stunden
 - Dauerschwindel Viele Stunden
 Tage
 - Häufigkeit mehrmals täglich
 mehrmals wöchentlich
 mehrmals im Monat
 seltener als 1x im Monat
- Empfindung
 - Drehschwindel Die Umgebung hat sich gedreht
 - Schwankschwindel Ich habe mich in der Umgebung gedreht
 Unsicherheit zu gehen
 Breitbeiniger Gang
 - Beim Gehen Gefühl zu einer bestimmten Seite gezogen zu werden
 Re Links
 Gefühl nach hinten gezogen zu werden

- Gefühl die Beine werden weggezogen
- Gefühl im Lift zu fahren
- Schwarzwerden vor Augen oder Sternchen-sehen
- Ohnmacht. Dauer der Ohnmacht: _____

Begleitsymptome

- Übelkeit ja nein
- Erbrechen Ja nein
- Kopfschmerzen Ja nein

War es Ihnen schon VOR dem Schwindel übel ?

- Ja Nein
- Ohrdruck Ja Nein
- Pfeifen in den Ohren Ja Nein
- Hörminderung Ja Nein

Sturz

War es Ihnen schwindelig und deshalb sind Sie gestürzt ?

Oder war es Ihnen nach dem Sturz schwindelig ?

Wo tritt der Schwindel auf ?

- Zuhause Im Bett bei der Hausarbeit.
- Im Freien Auf großen Plätzen
- bei Menschenansammlungen
- bei Anstrengung
- beim Überkopfarbeiten
- Im Bett beim Drehen im Bett oder Aufrichten aus
liegender Haltung