

Anamnesebogen

„Schwindel – eine unangenehme Störung der räumlichen Orientierung oder die fälschliche Wahrnehmung einer Bewegung des Körpers (Drehen und Schwanken) und/oder der Bewegung“

(nach Bisdoff 2009).

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Schwindel-Tagesklinik.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Ihre Informationen helfen uns dabei zu ermitteln, ob eine Behandlung in der Tagesklinik für sie in Frage kommt und dienen gleichzeitig der Vorbereitung Ihrer Behandlung. Selbstverständlich werden alle hier gemachten Angaben streng vertraulich behandelt.

Am besten scannen oder fotografieren Sie den Fragebogen anschließend und schicken ihn uns per E-Mail an folgende Adresse zurück: TKSchwindel.Nord@asklepios.com.

Sie können uns den Fragebogen auch per Post zurückschicken:

Asklepios Klinik Nord - Heidberg
Interdisziplinäre Tagesklinik Schwindel
Tangstedter Landstraße 400
Telefon: 040 / 18 18 87 9930
22417 Hamburg

Rufen Sie uns gern an, sollten Sie Fragen haben.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen,

Das Team der interdisziplinären Tagesklinik Schwindel

Ihre persönlichen Daten

Datum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Telefon: _____ E-Mailadresse: _____

Beruf: _____

Schwindelbeschwerden

Wurde bereits eine Schwindeldiagnose gestellt?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lagerungs-
schwindel | <input type="checkbox"/> Meniere-
Krankheit | <input type="checkbox"/> persistierender
postural-perzeptiver
Schwindel (PPPD) | <input type="checkbox"/> funktioneller
Schwindel |
| <input type="checkbox"/> bilaterale
Vestibulopathie | <input type="checkbox"/> Neuritis
vestibularis | <input type="checkbox"/> zentral-
vestibulärer
Schwindel | <input type="checkbox"/> vestibuläre
Migräne |

Andere Diagnose: _____

Es wurde noch keine Diagnose gestellt (Schwindel unklarer Ursache)

Seit wann besteht der Schwindel? _____

Wie häufig tritt der Schwindel auf?

- täglich wöchentlich monatlich

Sonstiges: _____

Handelt es sich um einen anfallsartig auftretenden Schwindel?

- Ja Nein

Wenn ja, wie lange dauert der Schwindel an?

- Sekunden Minuten Stunden Tage

Sonstiges: _____

Handelt es sich um einen Dauerschwindel?

- Ja Nein

Wie fühlt sich der Schwindel an?

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Drehen („wie ein
Karussell“) | <input type="checkbox"/> Schwanken („wie
auf einem Schiff“) | <input type="checkbox"/> Taumeln | <input type="checkbox"/> Gang-
unsicherheit |
|--|--|----------------------------------|--|

Benommenheit Schwarzwerden

Sonstiges: _____

Lässt sich der Schwindel durch etwas auslösen?

- Kopfdrehen Umdrehen Schnäuzen Aufstehen, schnelles Aufrichten

- enge Räume (z.B. Fahrstuhl) fehlendes Licht (z.B. nachts) Medikamente Wärme

Sonstiges: _____

Bestehen während oder vor dem Schwindel weitere Beschwerden?

- Hörstörungen Ohrdruck Ohrgeräusche Übelkeit
- Erbrechen Lichtscheu Lärmscheu Kopfschmerzen
- Ohnmachtsgefühl Gefühl zu stürzen Schwitzen Herzrasen

Sonstiges: _____

Ist es wegen des Schwindels schon einmal zu Stürzen mit oder ohne Verletzungen gekommen?

- Nein einmal mehrfach regelmäßig

Anmerkungen (z.B. Zeitpunkt): _____

Haben Sie eine Erklärung für den Schwindel? Gab es ein auslösendes Ereignis?

- Unfall Sturz Operation persönliches Erlebnis

- Stress (beruflich) Stress (privat)

Sonstiges: _____

Haben Sie Angst vor dem Schwindel?

- Nein Ja, manchmal Ja, häufig

Haben Sie wegen des Schwindels schon einmal auf die Teilnahme auf ein Treffen mit Anderen (z.B. eine Verabredung oder Einladung zu einer Feier) verzichtet ?

- Nein Ja, einmal Ja, manchmal Ja, häufig

Anmerkungen: _____

Allgemeines

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, und zwar:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Haben Sie Vorerkrankungen?

Keine

Bluthochdruck

Schlaganfall

Polyneuropathie

Meniere-
Krankheit

Hörsturz

Migräne

Schädel-Hirn-
Trauma

Akustikus-
neurinom

Innenohr-OP

Hirnoperation

Kochleaimplantat

Krebserkrankung

Blutarmut

Depression

Angststörung

Nierenschwäche

Dialyse

Zucker-
krankheit

Herzschwäche

Herzinfarkt

Andere: _____

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja Wenn ja, wie oft? _____

Nehmen sie regelmäßig Drogen (z.B. Cannabis, Kokain, Ecstasy) ein?

Nein Ja

Welche und wie
oft? _____

Ist bei Ihnen eine Infektion mit Keimen bekannt, die gegen bestimmte Antibiotika
resistent sind (sog. „multiresistente Erreger“)?

Nein

MRSA

VRE

3MRGN

4MRGN

Andere: _____

Benötigen Sie im Alltag Unterstützung?

Nein

Hilfe von
Angehörigen

Pflegedienst

Pflegeheim

Sonstiges: _____

Benötigen Sie eine Gehhilfe?

Nein

selten, z.B. bei
längeren Strecken

außerhalb der
Wohnung

innerhalb der
Wohnung

immer

Anmerkungen: _____

Welche Gehhilfe nutzen sie?

Gehstock

Unterarm-
gehstützen

Rollator

Rollstuhl

Andere: _____

Vorbehandlungen

Bitte fügen Sie die entsprechenden Arztberichte, sofern vorhanden, in Kopie diesem Fragebogen bei.

Sind sie wegen des Schwindels schon einmal von einem (Fach-)Arzt behandelt worden?

HNO Nein Ja, am _____

Neurologie Nein Ja, am _____

Innere Medizin Nein Ja, am _____

Kardiologie Nein Ja, am _____

Andere
Fachrichtung Nein Ja

Welche? _____ Datum: _____

Waren Sie wegen des Schwindels schon einmal im Krankenhaus?

Nein

Ja

Fachrichtung 1. _____ Datum: _____

2. _____

3. _____

4. _____

