 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<b>Anamnesebogen bei Schwindel</b>	Ansprechpartner: Herr Passarge	
Geltungsbereich: Hals, Nasen, Ohren	<b>Formular</b>		15-HNO

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für einen Termin in unserer Schwindelsprechstunde. Um den Termin für Sie möglichst effektiv vorzubereiten, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen und mit den entsprechenden Anlagen (bitte eingescannt im pdf-Format) an folgende E-Mailadresse zu senden:

**[hno.stgeorg@asklepios.com](mailto:hno.stgeorg@asklepios.com)**

Wir werden uns dann nach Durchsicht der Unterlagen zur Terminabsprache telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte bedenken Sie, dass wir einen stationären Einweisungsschein von Ihrem Haus- oder HNO-Arzt benötigen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**1. Persönliche Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2. Seit wann haben Sie die Schwindelbeschwerden?** \_\_\_\_\_

**3. Wie oft haben Sie Schwindelbeschwerden?**

Täglich     Wöchentlich     Monatlich     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie lange dauert der Schwindel an?**

Sekunden     Minuten     Stunden     Tage  
 Anfallsartiger Schwindel     Dauerschwindel

**4. Wie fühlt sich der Schwindel an?**

Drehen     Liftgefühl     Schwanken     Gangunsicherheit  
 Schwarzwerden vor den Augen

**5. Gibt es einen Auslöser für den Schwindel bei Ihnen?**

Kopfdrehen     Umdrehen z. B. im Bett     Naseschneutzen  
 Aufstehen aus dem Sitzen     Sonstiges: \_\_\_\_\_


**6. Bemerken Sie vor Beginn des Schwindels oder beim Schwindel...**

Ohrdruck/Ohrgeräusche     Hörstörungen     Herzrasen     Sehstörung  
 Übelkeit/Erbrechen     Licht-/Geräuschempfindlichkeit      
Kopfschmerzen/Nackenschmerzen  
 Ohnmachtsgefühl     Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Haben Sie Augenprobleme?**

Brille     Augen-Operationen     Gleitsichtbrille



 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<h1>Anamnesebogen bei Schwindel</h1>	Ansprechpartner: Herr Passarge	
Geltungsbereich: Hals, Nasen, Ohren	<h2>Formular</h2>		15-HNO

**15. Sind Röntgen-, CT-, oder MRT-Bilder angefertigt worden?**

- **CT Kopf/Felsenbein**  Nein  Ja,  
 wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ bitte schriftlichen Befund einscannen und die Bilder  
 oder CD zur Untersuchung mitbringen.  
 wenn ja, gab es einen auffälligen Befund?, welchen:  
 \_\_\_\_\_
- **-MRT Kopf**  Nein  Ja,  
 wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ bitte schriftlichen Befund einscannen und die Bilder  
 oder CD zur Untersuchung mitbringen.  
 wenn ja, gab es einen auffälligen Befund?, welchen:  
 \_\_\_\_\_
- **MRT Halswirbelsäule**  Nein  Ja,  
 wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ bitte schriftlichen Befund einscannen und die Bilder  
 oder CD zur Untersuchung mitbringen.  
 wenn ja, gab es einen auffälligen Befund?, welchen:  
 \_\_\_\_\_
- **Sonstige:** \_\_\_\_\_  Nein  Ja,  
 wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ bitte schriftlichen Befund einscannen und die Bilder  
 oder CD zur Untersuchung mitbringen.  
 wenn ja, gab es einen auffälligen Befund?, welchen:  
 \_\_\_\_\_

**16. Bitte schreiben Sie den Verlauf Ihrer Schwindelerkrankung in Stichworten kurz chronologisch auf:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---