

Anamnesebogen

Alter?	
Art des Schwindels?	Drehschwindel <input type="checkbox"/> Schwankschwindel <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> „Schwarzwerden vor den Augen“ <input type="checkbox"/>
Falls Drehschwindel: Schwindel beim Hinlegen oder drehen im Liegen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Episodischer Schwindel oder täglich?	episodisch <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/>
Falls episodisch: Wie oft und wie lange? mal am Tag / die Woche / im Monat / im Quartal / im Jahr Minuten / Stunden / Tage Bitte Zutreffendes einkreisen, Nichtzutreffendes durchstreichen.
Falls täglich:	
Seit wann?	
Akut oder schleichend entstanden?	akut <input type="checkbox"/> schleichend <input type="checkbox"/> Falls akut: In der Notaufnahme gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hauptsächlich Symptome beim Gehen / Bewegung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Mehr im Dunkeln und/oder auf Unebenheiten? J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Auch Symptome in Ruhe (Sitzen / Liegen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weniger Symptome beim Sport oder Alkoholgenuss?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Fragen:	
Was verstärkt die Symptome (Aktivitäten / Situationen)?	
Was vermindert die Symptome?	
Verstärken visuelle Reize den Schwindel? (z.B. fluoreszierendes Licht, Muster, Action-Film, Kino)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Verstärken vestibuläre Reize den Schwindel? (z.B. schnelle Bewegungen, Karussell fahren, schaukeln, Reisekrankheit)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Auditive Symptome? Tinnitus oder Schwerhörigkeit?	Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen oder Migräne? Licht- / Lärmempfindlichkeit? Visuelle Aura?	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Visuelle Aura <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? Angststörung? Depression? Diabetes? Atemwegs- / Lungenerkrankung? Bluthochdruck? Herzerkrankung?	
Medikamente?	
Doppelbilder? Taubheit / Kribbeln im Gesicht oder Körper? Schwäche / Lähmung im Gesicht oder Körper? Schluck- / Sprechstörungen? Koordinative Probleme?	