



**Schwindel-Ambulanz**  
Klinik für Neurologie, Medizinische  
Universität zu Lübeck



Sehr geehrte Patienten,  
um den reibungslosen Ablauf der Spezialambulanz zu gewährleisten bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Fragen aus (gestrichelt markiert) oder kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen (Ja  oder Nein  an.

**Name:** ..... **Geburtsdatum:**.....

Angaben zum Schwindel:

Waren Sie bereits in unserer Schwindelambulanz? Ja  Nein

Haben Sie zum derzeitigen Zeitpunkt Schwindel? Ja  Nein

Wann war die letzte Schwindelattacke oder der letzte Schwindel? .....

Wie oft haben Sie Schwindel(attacken)? .....pro Jahr? .....pro Monat?

Haben Sie einen Dauerschwindel? Wenn ja,  
wie lang dauert(e) der Schwindel an? Minuten  Stunden  Tage

Der Schwindel ist am ehesten zu beschreiben als:

- Karussellfahren  Liftfahren  Unsicherheits-Gefühl

Tritt der Schwindel vor allem beim Aufstehen auf? Ja  Nein

Tritt der Schwindel vor allem beim Umdrehen im Bett auf? Ja  Nein

Tritt der Schwindel vor allem bei schnellen Kopfbewegungen auf? Ja  Nein

Sehen Sie in Ruhe die Umwelt verschwommen oder unscharf? Ja  Nein

Sehen Sie beim Gehen die Umwelt verschwommen oder unscharf? Ja  Nein

Begleitsymptomatik:

*Treten mit dem Schwindel folgende Begleitsymptome auf:*

Kopfschmerzen Ja  Nein



Ohrendruck oder Völlegefühl im Ohr	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hörstörung / Ohrensausen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fallneigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gangunsicherheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gefühlsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schwäche einer oder mehrerer Extremitäten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schwitzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzrasen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zittern	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Unschärf Sehen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Vorerkrankungen:

*Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:*

Erkrankungen der Lunge, des Herzens oder der Niere ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, z.B. Migräne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Andere nicht genannte Erkrankungen oder Unfälle: .....

Risikofaktoren:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel und was? (proTag? pro Woche?) .....

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....

.....

Sind Sie in letzter Zeit mit einer Chemotherapie oder Antibiotika-Therapie behandelt worden?

Wenn ja, wann?.....

Familie und Soziales:

Sind vererbte Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja  Nein

Können Sie aufgrund des Schwindels nicht mehr ihrem Beruf nachgehen? Ja  Nein

Können Sie nachts nicht durchschlafen? Ja  Nein

Fühlen Sie sich vermehrt traurig in letzter Zeit? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor Menschenansammlungen (z.B. Kaufhäusern)? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor engen Räumen oder weiten Plätzen? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen oder Gegenständen? Ja  Nein

Haben Sie Angst vor dem Schwindel? Ja  Nein

*Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens,  
Ihre Schwindelambulanz!!*