

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie interessieren sich für einen Termin in unserer Schwindelsprechstunde. Um den Termin für Sie möglichst effektiv vorzubereiten und zu klären, ob für Sie auch eine Therapie in der Tagesklinik in Frage kommt, bitten wir Sie, uns diesen komplett ausgefüllten Fragebogen zusammen mit den entsprechenden Anlagen (bitte kopiert, abfotografiert oder eingescannt im pdf-Format) zukommen zu lassen. Wie?

Am Liebsten alles an folgende E-Mailadresse senden:

hno.stgeorg@asklepios.com

ODER: Unterlagen vorbeibringen
in Haus i, Erdgeschoss

ODER: alles per Post zuschicken an:
Asklepios Klinik St. Georg
Tagesklinik Schwindel, Haus i
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
(Tel.: 040/181885-2290)

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!

Heutiges Datum beim Ausfüllen: _____

1. Persönliche Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____ Beruf: _____

2. Seit wann haben Sie die Schwindelbeschwerden? _____

3. Wie oft haben Sie Schwindelbeschwerden / Gangunsicherheit / Gleichgewichtsstörungen?

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

Sonstiges _____

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

- Kopfdrehen Umdrehen z. B. im Bett Naseschneutzen / Pressen Dunkelheit
 Aufstehen aus dem Sitzen Sonstiges: _____

6. Bemerken Sie vor Beginn des Schwindels, beim Schwindel oder danach...

- Ohrdruck/Ohrgeräusche Hörstörungen Herzrasen Sehstörung
 Übelkeit/Erbrechen Licht-/Geräuschempfindlichkeit Kopf-/Nackenschmerzen
 Ohnmachtsgefühl
 Sonstiges: _____

7. Haben Sie Augenprobleme?

- Brille Augen-Operationen Gleitsichtbrille

8. Haben Sie eine Erklärung für den Schwindel?

- Unfall/Sturz Kopf- oder Ohr-Operationen
 Persönliches Ereignis Berufliche Belastung
 Sonstiges: _____

9. Fühlen sich im Alltag durch den Schwindel belastet und / oder haben Sie Angst davor?

- Nein Ja

10. Tritt der Schwindel in bestimmten Situationen oder an bestimmten Orten auf?

- Zu Hause Große Plätze Kaufhaus Supermarkt Sport
 Fahrstuhl

11. Sonstiges: _____

12. Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein Ja, welche? _____

13. Trinken Sie Alkohol, rauchen Sie oder nehmen Sie „Drogen“?

- Nein

- Alkohol „Drogen“

Was / Welche? _____

- Nikotin / Rauchen

Wie oft? _____

14. Haben Sie Vorerkrankungen?

(z.B.: Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenprobleme, Stents, Bypass, Herzinfarkt, Migräne, Schlaganfall, Arthritis, Polyneuropathie, Angststörung, Depression, Operationen.....)

- Nein Ja, welche? _____

15. Waren Sie schon wegen Schwindel oder damit zusammenhängender Symptome beim Arzt?

- **Im Krankenhaus?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim Hausarzt?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Blutabnahmen bei Ärzten / in Krankenhäusern?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim HNO-Arzt?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim Neurologen?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim Orthopäden?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim Internisten/Kardiologen?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **Beim Augenarzt?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

- **sonstige Fachrichtungen?** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann und wo? _____
 _____ bitte schriftlichen Bericht einscannen!

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

bitte schriftlichen Befund einscannen und die Bilder oder CD zur Untersuchung mitbringen.

- **CT Kopf/Felsenbein** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann? _____ Gab es einen auffälligen Befund?, welchen:

- **MRT Kopf** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann? _____ Gab es einen auffälligen Befund?, welchen:

- **MRT Halswirbelsäule** O Nein O Ja,
 wenn ja, wann? _____ Gab es einen auffälligen Befund?, welchen:

- **Sonstige:** _____ O Nein O Ja,
 wenn ja, wann? _____ Gab es einen auffälligen Befund?, welchen:

