

Anamnesebogen

Alter?	
Art des Schwindels?	Drehschwindel ☐ Schwankschwindel ☐ Benommenheit ☐ „Schwarzwerden vor den Augen“ ☐
Falls Drehschwindel: Schwindel beim Hinlegen oder drehen im Liegen?	Ja ☐ Nein ☐
Episodischer Schwindel oder täglich?	episodisch ☐ täglich ☐
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 und was war der Auslöser?	
Akut oder schleichend entstanden?	akut ☐ schleichend ☐ Falls akut: In der Notaufnahme gewesen? Ja ☐ Nein ☐
Hauptsächlich Symptome beim Gehen / Bewegung?	Ja ☐ Nein ☐ Falls ja: Mehr im Dunkeln und/oder auf Unebenheiten? J ☐ N ☐
Auch Symptome in Ruhe (Sitzen / Liegen)?	Ja ☐ Nein ☐
Weniger Symptome beim Sport oder Alkoholgenuss?	Ja ☐ Nein ☐
Sonstige Fragen:	
Was verstärkt die Symptome (Aktivitäten / Situationen)?	
Was vermindert die Symptome?	
Verstärken visuelle Reize den Schwindel? (z.B. Disco, Konzert, Fernseher, Kino, Laptop, Smartphone)	Ja ☐ Nein ☐

Verstärken vestibuläre Reize den Schwindel? (z.B. Auto, Bus, Zug, Aufzug / Lift, Rolltreppe)	Ja ☐ Nein ☐
Auditive Symptome? Tinnitus oder Schwerhörigkeit?	Tinnitus ☐ Schwerhörigkeit ☐
Kopfschmerzen oder Migräne? Licht- / Lärmempfindlichkeit? Visuelle Aura?	Kopfschmerzen ☐ Migräne ☐ Visuelle Aura ☐ Lichtempfindlichkeit ☐ Lärmempfindlichkeit ☐
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?	