



**Anamnesebogen „Schwindel“**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie uns sorgfältig die nachfolgenden Fragen.  
 Sollten Sie dazu unsere Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

1. Wann traten Ihre Gleichgewichtsstörungen zum ersten Mal auf?  
 Bitte nennen Sie das ungefähre Datum: \_\_\_\_\_
2. Wann trat die jetzige Verschlimmerung ein, die Sie zum Arzt führte: \_\_\_\_\_
3. Wie oder wobei traten die Gleichgewichtsstörungen auf, zum Beispiel
  - nachts beim Gang zur Toilette
  - morgens beim Aufwachen
  - beim Aufrichten aus der Liegeposition
  - beim Hinlegen
  - beim Drehen im Bett nach rechts, nach links
  - beim Drehen des Kopfes
  - bei schnellen Drehbewegungen
  - oder: \_\_\_\_\_

4. Beschreiben Sie uns bitte Ihren Schwindel. Empfinden Sie z.B. einen
  - Dreh-, Schwank- oder Liftschwindel, Schwarzwerden vor den Augen,
  - oder: \_\_\_\_\_

5. Der Schwindel besteht  
 ständig , anfallsweise  nur bei bestimmten Bewegungen   
 z.B. wenn: \_\_\_\_\_

6. Ich habe eine Gangunsicherheit:
  - im Hellen
  - im Dunkeln
  - als Synkope (kommt und geht blitzartig)
  - es ist eher eine Benommenheit im Kopf
  - Nichts von alledem, es ist eher \_\_\_\_\_

7. Wenn der Schwindel auftritt, dann dauert er:
  - nur einige Sekunden
  - nur wenige Minuten
  - einige Stunden
  - ständig

Wie oft tritt der Schwindel auf?      mehrmals täglich       mehrmals wöchentlich

8. Tritt der Schwindel in irgendeinem Zusammenhang auf (eventuell Uhrzeit), z.B. bei bestimmten Kopfbewegungen oder sonstiges? Wenn ja, bitte beschreiben Sie dies:

---

9. Haben Sie Begleitsymptome, wie

- |                               |                             |                           |                          |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| • Schwerhörigkeit             | <input type="checkbox"/>    | • Kopfschmerz             | <input type="checkbox"/> |
| • Ohrdruck                    | <input type="checkbox"/>    | • Schweißausbruch         | <input type="checkbox"/> |
| • Tinnitus                    | <input type="checkbox"/>    | • Herzrasen oder -klopfen | <input type="checkbox"/> |
| im Schwindelanfall verstärkt? | Ja <input type="checkbox"/> | • Sehstörungen            | <input type="checkbox"/> |
| • Übelkeit                    | <input type="checkbox"/>    |                           |                          |
| • Erbrechen                   | <input type="checkbox"/>    |                           |                          |

10. Bestehen Erkältungen mit Husten, Schnupfen? ja  nein

11. Leiden Sie unter häufigen Herpesinfektionen? ja  nein

12. Nehmen Sie Schlafmittel oder Beruhigungsmittel ein? ja  nein   
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

13. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

---

14. Haben Sie Alkohol getrunken: ja  nein   
Wenn ja: wann und wie viel innerhalb der letzten 24 Std.: \_\_\_\_\_

15. Rauchen Sie: ja  nein

16. Haben Sie Drogen genommen : ja  nein

17. Haben Sie beruflich mit Schad- oder Giftstoffen zu tun: ja  nein   
Falls ja, welchen: \_\_\_\_\_

18. Hatten Sie einmal eine Kopfverletzungen: ja  nein

19. Gibt/gab es Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS)? : ja  nein

20. Liegen folgende Erkrankungen vor?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| • Neurologische                                   | <input type="checkbox"/> |
| • Orthopädische                                   | <input type="checkbox"/> |
| • Hypertonie (Hoher Blutdruck)                    | <input type="checkbox"/> |
| • Allergie  | <input type="checkbox"/> |
| • Stoffwechselerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> |
| • venerische Erkrankungen (Geschlechtserkrankung) | <input type="checkbox"/> |

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin