



HNO-Facharztzentrum in Tegel

Dr. med. Hans-H. Lauterbach, M.Sc. und Andreas Ramshorn

Schloßstraße 5 (Haus B, 4. Stockwerk), 13507 Berlin (Alt-Tegel)
 Telefon 030- 437 77 690, eMail: info@hno-fazit.de

Tinnitus-Fragebogen

(nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft der HNO-Heilkunde)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

1.	Seit wann besteht das Ohrgeräusch?	Kurz <input type="checkbox"/> (unter 3 Monate)	Lang <input type="checkbox"/>
2.	Auf welcher Seite besteht das Ohrgeräusch?	Rechts <input type="checkbox"/>	Mitte <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/>
3.	Kann das Ohrgeräusch durch Umweltgeräusche maskiert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Besteht zusätzlich eine Hörminderung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Ist das Ohrgeräusch zusammen mit der Hörminderung aufgetreten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Wird das Ohrgeräusch bei Stress verstärkt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Wird das Ohrgeräusch durch körperliche Aktivitäten beeinflusst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Ändert sich das Ohrgeräusch bei bestimmten Kopfhaltungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9.	Wird das Ohrgeräusch durch bestimmte Speisen oder Getränke verändert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.	Bestehen zusätzliche Krankheiten? Z.B. Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, Halswirbel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.	Nehmen Sie Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.	Ist das Ohrgeräusch belästigend oder quälend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.	Verursacht das Ohrgeräusch Konzentrationsstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.	Treten Schlafstörungen auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.	Wird die Lebensqualität durch das Ohrgeräusch entscheidend beeinflusst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16.	Wie lästig empfinden Sie das Ohrgeräusch? Überhaupt nicht lästig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> extrem lästig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Berlin, den _____

 Unterschrift Patient / Patientin