

# Gemeinschaftspraxis



DR. MED. MAX DEIST  
Facharzt für Neurologie Psychiatrie  
Psychotherapie

MICHAEL ERNST  
Facharzt für Neurologie Psychiatrie  
Psychotherapie  
Verkehrsmedizinische Qualifikation

**Name, Vorname, Geburtsdatum:**

---

**Seit wann leiden Sie unter Schwindel?** \_\_\_\_\_

Gab es bereits eine HNO ärztliche Abklärung?  Nein  Ja (Wo? Ergebnis?)

Waren Sie bereits wegen des Schwindels in ärztlicher Behandlung?  
 Nein  Ja (wo?)

## 1. Haben Sie das Gefühl, dass

- sich die Umwelt dreht
- Sie sich drehen
- Sie hin und her taumeln
- Sie zur Seite gezogen werden
- Ihnen schwarz vor Augen wird

## 2. Wie empfinden Sie den Schwindel?

- Drehschwindel (Karussell)
- Schwankschwindel (Schiff)
- Liftgefühl
- Benommenheit
- Unsicherheitsgefühl
- Gangunsicherheit

## 3. Wie oft tritt der Schwindel auf?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- unregelmäßig

#### **4. Wie lange hält der Schwindel an?**

- dauerhaft
- Sekunden
- Minuten
- Tage

#### **5. Gibt einen Auslöser für den Schwindel?**

- Kopfbewegung
- Aufstehen
- Hinlegen
- Liegen
- in Ruhe
- Auto/Bahn fahren
- Lärm/Geräusch

#### **6. In einer Schwindelepisode, ist der Schwindel dabei**

- dauerhaft vorhanden
- unterteilt in einzelne Attacken von wenigen Sekunden

#### **7. Gibt es Begleitsymptome?**

- Übelkeit/Erbrechen
- Ohrgeräusche
- Sehstörungen (Rucken der Bilder)
- Verschwommensehen
- Doppelt sehen
- Gefühlsstörungen
- Herzrasen/-stolpern

#### **8. Wann ist der Schwindel vorhanden?**

- im Stehen
- im Gehen
- im Sitzen
- im Liegen

#### **9. Sind/haben Sie in einer Schwindelphase**

- bewusstlos geworden
- gestürzt
- Verletzungen erlitten