

FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE

NAME:

DATUM:

GEBURTSDATUM:

1. Alter:

2. Geschlecht:

männlich weiblich

3. Händigkeit

rechts links beidseitig

4. Tinnitus-Beschwerden in der Familie

JA wenn JA: Eltern Geschwister Kinder
 NEIN

5. Beginn des Tinnitus: Wann haben Sie den Tinnitus zum ersten Mal wahrgenommen ?

6. Wie haben Sie den Beginn wahrgenommen ? allmählich unvermittelt

7. Stand der Beginn Ihres Tinnitus in Verbindung mit:

Knalltrauma Verletzung der Halswirbelsäule Veränderung des Hörvermögens
 Stress Kopfverletzung
 Sonstiges _____

8. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Tinnitus PULSIERT ?

JA, im Rhythmus meines Herzschlags JA, anders als mein Herzschlag
 NEIN

9. Wo nehmen Sie Ihren Tinnitus wahr ?

- im rechten Ohr im linken Ohr
- in beiden Ohren, stärker im linken Ohr in beiden Ohren, stärker im rechten Ohr
- in beiden Ohren gleich stark im Inneren des Kopfes an anderer Stelle

10. Wie ist der Verlauf ?

- Phasen mit und ohne Tinnitus wechseln sich ab
- Der Tinnitus ist ständig vorhanden

11. Verändert sich die LAUTSTÄRKE Ihres Tinnitus von Tag zu Tag ?

- JA NEIN

12. Bitte beschreiben Sie die durchschnittliche LAUTSTÄRKE Ihres Tinnitus auf einer Skala von 1-100.

(1 = SEHR SCHWACH; 100 = SEHR LAUT)

_____ (1 – 100)

13. Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, wie Ihr Tinnitus normaler Weise klingt:

Die folgende Auflistung gibt Ihnen Beispiele möglicher Lautempfindungen; Sie können gerne auch andere Begriffe verwenden: Rauschen, Läuten, Pulsieren, Summen, Klicken, Knacken, tonal (wie ein Wählton oder andere Arten von Tönen), Brummen, Knallen, Schallen, Sausen, Schreibmaschine, Pfeifen, Zischen.

14. Hört sich Ihr Tinnitus eher wie ein Ton an oder eher wie Lärm:

- Ton Lärm Grillen andere
Empfindung

15. Bitte beschreiben Sie die Frequenz Ihres Tinnitus:

- sehr hohe Frequenz hohe Frequenz mittlere Frequenz
 niedrige Frequenz

16. Wieviel Prozent der Zeit waren Sie sich im letzten Monat Ihres Tinnitus bewußt ?
100% bedeuten, dass Sie sich Ihres Tinnitus im vergangen Monat immer bewusst waren und 25 % würden bedeuten, dass Sie ein Viertel der Zeit Ihren Tinnitus bewusst wahrgenommen haben.

_____ % (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 1 und 100 ein.)

17. Wieviel Prozent der Zeit im letzten Monat haben Sie sich über Ihren Tinnitus geärgert, bzw. waren Sie wegen des Tinnitus unglücklich oder genervt ?

_____ % (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 1 und 100 ein.)

18. Wie vielen verschiedenen Behandlungen haben Sie sich unterzogen aufgrund Ihres Tinnitus?

- keiner einer mehreren vielen

19. Wird die Lautstärke Ihres Tinnitus durch bestimmte Arten von Umgebungsgeräuschen reduziert bzw. überdeckt, wie zum Beispiel durch das Rauschen eines Wasserfalls oder das Geräusch fließenden Wassers, wenn Sie unter der Dusche stehen?

- JA NEIN Ich weiß es nicht.

20. Verschlechtert starker Lärm Ihren Tinnitus?

- JA NEIN Ich weiß es nicht.

21. Beeinflusst eine Bewegung Ihres Kopfes und/oder Ihres Nackens (zum Beispiel das Verschieben des Kopfes oder das Zusammenbeißen der Zähne) oder eine Berührung Ihrer Arme, Hände oder Ihres Kopfes Ihren Tinnitus ?

- JA NEIN

22. Beeinflusst ein kurzer Schlaf während des Tages (z.B. Mittagsschlaf) Ihren Tinnitus ?

- verstärkt meinen Tinnitus vermindert meinen Tinnitus
 hat keine Auswirkung

23. Besteht eine Verbindung zwischen Ihrem Nachtschlaf und Ihrem Tinnitus während des Tages ?

- JA NEIN Ich weiß es nicht.

24. Hat Stress Einfluss auf Ihren Tinnitus ?

- verstärkt meinen Tinnitus vermindert meinen Tinnitus hat keine Auswirkung

25. Beeinflusst die Behandlung mit Medikamenten Ihren Tinnitus ?

Medikament	Auswirkung / Beschreibung

26. Haben Sie ein Problem mit Ihrem Hörvermögen ?

- JA NEIN

27. Benützen Sie Hörgeräte?

- rechts links auf beiden Seiten auf keiner Seite

28. Fühlen Sie sich besonders geräuschempfindlich? Fühlen Sie sich beispielsweise gestört durch Geräusche, die anderen Menschen in Ihrer Umgebung nicht störend laut vorkommen ?

- niemals selten manchmal gewöhnlich immer

29. Führen laute Geräusche bei Ihnen zu Schmerz-ähnlichem Empfinden oder zu körperlichem Unwohlsein ?

JA NEIN Ich weiß es nicht.

30. Leiden Sie unter Kopfschmerzen ?

JA NEIN

31. Leiden Sie unter Schwindel ?

JA NEIN

32. Haben Sie Beschwerden im Bereich Ihres Kiefergelenkes oder Ihrer Kaumuskulatur ?

JA NEIN

33. Leiden Sie unter Nackenschmerzen ?

JA NEIN

34. Leiden Sie unter anderen Schmerzen ?

JA NEIN

35. Befinden Sie sich momentan in psychiatrischer Behandlung ?

JA NEIN

Vielen Dank für Ihre Angaben !