Schwindeltagebuch

Name: _____

Monat / Jahr: _____

SLK-Kliniken
Klinikum am Gesundbrunnen

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen

Bitte verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Ausfüllen der entsprechenden Spalten.

(a) Art des Schwindels
S = Schwankschwindel (wie auf einem Schiff)
D = Drehschwindel (wie in einem Karussell)
G = Gangunsicherheit
B = Benommenheitsgefühl
A = andere: _____

(b) Auslöser
1 Kopfbewegung
2 Lagewechsel des Kopfes
3 Aufrichten/Aufstehen
4 beim Gehen
5 visuelle Reize
6 bestimmte Umgebungssituationen
7 Husten, Pressen, Niesen
8 andere:_____

(c) Begleitende Beschwerden
A Übelkeit
B Erbrechen
C Doppelbilder
D andere Sehstörungen
E Sturzneigung
F Kopfschmerzen
G Hörminderung
H Tinnitus
I Ohrdruckgefühl
L Licht- oder Lärmempfindlichkeit
M andere:_____

(d) Therapie
1 Lagerungsmanöver
2 Krankengymnastische Übungen
3 Ruhe
4 Medikament gegen Übelkeit
5 Medikament gegen Schwindel
6 Schmerzmittel
7 andere

(e) Weitere Informationen
(Blutzuckerwert, Blutdruck, usw.)
andere:_____

Datum	Uhrzeit	Art des Schwindels	Dauer des Schwindels	Stärke des Schwindels			Auslöser	Begleitende Beschwerden	Therapie	Weitere Informationen
		Buchstabe laut (a) eintragen	Sekunden, Minuten, Stunden, Tage	leicht	mittel	stark	Zahl laut (b) eintragen	Buchstabe laut (c) eintragen	Zahl laut (d) eintragen	Bitte laut (e) eintragen
				bitte ankreuzen				evtl. Seite angeben R/L		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										