



BEGUMED Ulm GmbH

Begutachtungen in der Medizin

unabhängig, interdisziplinär, kompetent

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen, soweit Sie es können, sorgfältig und vollständig aus. Sie erleichtern uns den Ablauf der Begutachtung und können auf – aus Ihrer Sicht – besonders wichtige Fakten und Befunde zusätzlich hinweisen.

Anschrift Söflingerstr. 174/3, (Praxisräume, Post, Pakete)
89077 Ulm
Pfauengasse 8 (Geschäftsstelle)
89073 Ulm/Donau
Kelternweg 52 (Post und Paketanschrift)
PostNummer:854930481
89075 Ulm

Kontakt Telefon 0731 – 14 033 40
Telefax 0731 – 5 60 25
Internet www.begumed.de
Mail info@begumed.de

Geschäftsführung Brigitte Tisch, Dagmar Lang
Gabriele Maier, Inge-Marie de Winter

Gerichtsstand Amtsgericht Ulm
HRB 731798

Steuernummer 88001/39821
Ust-IdNr.: DE258687921

Bank Konto Nr. 0181800
Deutsche Bank Ulm (BLZ 630 700 24)
IBAN DE 15630700240018180000
SWIFT-BIC DEUTDEDB630

Name:

Geburtsdatum:.....

Angaben zum Schwindel:

Wann genau hat der Schwindel begonnen?

Wann haben Sie Schwindel? ständig anfallsweise

Haben Sie heute Schwindel? Ja Nein

Wann hatten Sie zuletzt Schwindel?

Wie lang dauert(e) der Schwindel an? Minuten Stunden Tage

Wie oft haben Sie Schwindel(attacken)?pro Jahrpro Monat

Der Schwindel ist am ehesten zu beschreiben als:

Karussellfahren

Liftfahren

Unsicherheits-Gefühl

Tritt der Schwindel mehrmals täglich sekundenweise auf? Ja Nein

Tritt der Schwindel vor allem beim Aufrichten im Bett auf? Ja Nein

Ist der Schwindel abhängig von gewissen Kopfbewegungen
(z. B. Wäsche-aufhängen) oder Körperbewegungen
(z. B. Beugen oder Aufstehen)? Ja Nein

Tritt der Schwindel vor allem beim Umdrehen im Bett auf? Ja Nein

Tritt der Schwindel bei schnellen Kopfbewegungen auf? Ja Nein

Sehen Sie in Ruhe die Umwelt verschwommen oder unscharf? Ja Nein

Sehen Sie beim Gehen verschwommen oder unscharf? Ja Nein

Tritt der Schwindel beim Aufstehen aus dem Sitzen auf? Ja Nein

Haben Sie eine Vorstellung wie der Schwinde entstanden ist? Ja Nein
Wenn ja, wodurch?

Wird Ihr Schwindel durch irgendetwas angekündigt? Ja Nein
Wenn ja, wodurch?

Tritt der Schwindel während körperlicher Anstrengung auf? Ja Nein
Wenn ja, welcher?

Tritt der Schwindel beim Naseputzen auf? Ja Nein

Tragen Sie eine Gleitsichtbrille? Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Gehen im Dunkeln? Ja Nein

Haben Sie während des Schwindels das Gefühl zu fallen? Ja Nein

Falls ja, in welche Richtung: Rechts Links Vorne Hinten

Sind Sie während des Schwindels ohnmächtig geworden? Ja Nein

Bekommen Sie Schwindel wenn Sie Hunger haben? Ja Nein

Begleitsymptomatik:

Treten mit dem Schwindel folgende Begleitsymptome auf:

Kopfschmerzen Ja Nein

Nackenverspannungen oder Nackenschmerzen Ja Nein

Druckgefühl im Ohr Ja Nein

Hörstörung Ja Nein

Ohrensausen / Ohrgeräusche Ja Nein

Fallneigung Ja Nein

Gangunsicherheit Ja Nein

Gefühlsstörungen Ja Nein

Schwäche in Armen oder Beinen Ja Nein

Übelkeit Ja Nein

Erbrechen Ja Nein

Schwitzen Ja Nein

Herzrasen Ja Nein

Durchfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unschärf Sehen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwarzwerden vor den Augen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vorerkrankungen:

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

Erkrankungen der Lunge, des Herzens oder der Niere ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hohen Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedrigen Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, z.B. Migräne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Augenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie oder Depressionen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere nicht genannte Erkrankungen?		
Hatten Sie Unfälle mit Kopfverletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schon einmal an den Ohren operiert worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

Haben Sie heute Schwindelmedikamente eingenommen? Ja Nein

Sind Sie mit einer Chemotherapie oder im Krankenhaus mit „starken“ Antibiotika behandelt worden?

Wenn ja, wann?.....

Familie und Soziales:

Sind vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Ja Nein

Können Sie aufgrund des Schwindels ihren Beruf ausüben? Ja Nein

Ist der Schwindel ausserhalb Ihrer Wohnung schlimmer? Ja Nein

Können Sie nachts durchschlafen? Ja Nein

Fühlen Sie sich in letzter Zeit vermehrt traurig? Ja Nein

Haben Sie Angst vor Menschenansammlungen? Ja Nein

Haben Sie Angst vor engen Räumen oder weiten Plätzen? Ja Nein

Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen? Ja Nein

Haben Sie Angst vor dem Schwindel? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie Ihren Schwindel nun mit eigenen Worten, so genau wie möglich ohne dabei das Wort Schwindel zu benutzen:
