



**BEGUMED Ulm GmbH**

**Begutachtungen in der Medizin**

**unabhängig, interdisziplinär, kompetent**

BEGUMED Ulm GmbH, Begutachtungen in der Medizin, Söflingerstr. 174/3, 89077 Ulm

Sehr verehrte  
Begutachtungspatientin,

sehr geehrter  
Begutachtungspatient

Bei Ihnen bestehen Gleichgewichtsstörungen  
/Schwindel. Um Ihre Beschwerden besser einschätzen  
und/oder untersuchen zu können, bitten wir Sie höflich  
diesen Fragebogen auszufüllen.

<b>Anschrift</b>	Söflingerstr. 174/3, (Praxisräume) 89077 Ulm Kelternweg 52 (Post und Paketanschrift) 89075 Ulm
<b>Kontakt</b>	Telefon 0731 – 14 033 40 Telefax 0731 – 5 60 25 Internet <a href="http://www.begumed.de">www.begumed.de</a> Mail <a href="mailto:info@begumed.de">info@begumed.de</a>
<b>Geschäftsführung</b>	Brigitte Tisch, Dagmar Lang Inge-Marie de Winter
<b>Gerichtsstand</b>	Amtsgericht Ulm HRB 731798
<b>Steuernummer</b>	88001/39821 Ust-IdNr.: DE258687921
<b>Bank</b>	Konto Nr. 0181800 Deutsche Bank Ulm (BLZ 630 700 24) IBAN DE 15630700240018180000 SWIFT-BIC DEUTDEDB630

**Bitte bringen Sie den Fragebogen erst zur Begutachtung mit.**

**Bitte nicht im Vorfeld zuschicken!!**

Datum: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

**BEGUMED Ulm GmbH, Begutachtungen in der Medizin, unabhängig, interdisziplinär, kompetent**



**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 Jahr    ..... pro 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. Wäscheaufhängen) oder Körperbewegungen                      Ja     Nein

(z.B. beim 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 Schwindel 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, bei 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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hörstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrensausen / Ohrgeräusche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fallneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gangunsicherheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefühlsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwäche in Armen oder Beinen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwitzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrasen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 (Diabetes mellitus)?	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? Welche? (Wirkstoff, Dosierung)

.....

**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:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter