

## Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Quelle: Kurre A, van Gool CJ, Bastianen CH et al. Translation, cross-cultural adaptation and reliability of the German version of the Dizziness Handicap Inventory. Otol Neurotol 2009; 30:359-67.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Anleitung:

Dieser Fragebogen dient dazu, die Probleme herauszufinden, die Sie wegen Ihres Schwindels oder Ihrer Gleichgewichtsprobleme haben können. Beantworten Sie bitte jede Frage entweder mit „ja“, „nein“ oder „manchmal“. Beantworten Sie jede Frage nur in Bezug auf Ihr Schwindel- oder Gleichgewichtsproblem.

	<b>Fragen</b>	<b>Ja 4</b>	<b>Manchmal 2</b>	<b>Nein 0</b>
P1	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie nach oben schauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme frustriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Schränken Sie wegen Ihrer Probleme geschäftliche oder private Reisen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie einen Gang im Supermarkt entlang gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen aus dem Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Schränken Ihre Probleme Sie deutlich ein, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen (z.B. auswärts essen gehen, Einladungen folgen, zu Parties gehen, ins Kino gehen, Theater oder Konzerte besuchen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Verstärken sich Ihre Probleme bei anspruchsvollen Aktivitäten z.B. im Sport, beim Tanzen oder bei Hausarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, das Haus ohne Begleitung zu verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	Sind Sie wegen Ihrer Probleme schon einmal in eine peinliche Situation geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11	Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Fragen</b>	<b>Ja 4</b>	<b>Manchmal 2</b>	<b>Nein 0</b>
F12	Meiden Sie die Höhe wegen Ihrer Probleme (zum Beispiel: Berge, Hochhaus, Leiter, Gerüst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Verstärkten sich Ihre Probleme, wenn Sie sich im Bett drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F14	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, anstrengende Haus- oder Gartenarbeit zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15	Befürchten Sie, dass andere Leute wegen Ihrer Probleme denken, Sie seien betrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, alleine spazieren zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie auf einem Trottoir/Bürgersteig gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18	Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19	Ist es wegen Ihrer Probleme für Sie schwierig, sich im Dunkeln in Ihrer Wohnung zu bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, alleine zu Hause zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme behindert/ingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22	Belasten Ihre Probleme die Beziehung zu Familienmitgliedern oder Freunden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23	Fühlen Sie sich auf Grund Ihrer Probleme deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F24	Werden Sie durch Ihre Probleme beeinträchtigt, Ihre Aufgaben im Beruf oder Haushalt wahrzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P25	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie sich nach vorne beugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Total</b>			<b>/100</b>