

Vertigo Symptom Scale (VSS)

(nach: L. Yardley, London und A. Eckhardt-Henn, Stuttgart)

Bitte kreuzen Sie die geeignete Nummer an, um anzuzeigen, wie viele Male Sie an jedem der Symptome, die unten aufgelistet sind, **in den letzten 12 Monaten** gelitten haben (oder seit der Schwindel begonnen hat, wenn Sie den Schwindel weniger als 1 Jahr haben). **Bitte beantworten Sie jeweils alle Kategorien!**

Der Bereich der Antwortmöglichkeiten ist:



Wie oft hatten Sie **während der letzten 12 Monate** die folgenden Symptome?

	nie	einige Male	mehrere Male	relativ oft	sehr oft
1. Ein Gefühl, dass die Dinge sich drehen oder bewegen Dauer:					
a) weniger als 2 min	<input type="checkbox"/>				
b) bis zu 20 min	<input type="checkbox"/>				
c) 20 min bis 1 h	<input type="checkbox"/>				
d) mehrere Stunden	<input type="checkbox"/>				
e) mehr als 12 h	<input type="checkbox"/>				
2. Schmerzen am Herzen oder in der Brust	<input type="checkbox"/>				
3. Hitze- oder Kältegefühl	<input type="checkbox"/>				
4. Unsicherheit, so stark, dass Sie fallen	<input type="checkbox"/>				
5. Übelkeit (sich krank fühlen), Magenkrämpfe/-drehen	<input type="checkbox"/>				
6. Spannung/Empfindlichkeit der Muskeln	<input type="checkbox"/>				
7. Ein Gefühl von „Leichtigkeit“ im Kopf, „schwummrig“ oder schwindelig Dauer:					
a) weniger als 2 min	<input type="checkbox"/>				
b) bis zu 20 min	<input type="checkbox"/>				
c) 20 min bis 1 h	<input type="checkbox"/>				
d) mehrere Stunden	<input type="checkbox"/>				
e) mehr als 12 h	<input type="checkbox"/>				
8. Beben, Zittern	<input type="checkbox"/>				
9. Gefühl von Druck in einem/beiden Ohren	<input type="checkbox"/>				
10. Herzschlagen/-flimmern	<input type="checkbox"/>				
11. Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
12. Schweregefühl in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>				
13. Sehstörungen (z. B. Flackern, Punkte vor den Augen, Verschwommenheit)	<input type="checkbox"/>				
14. Kopfschmerzen oder Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>				
15. Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen oder zu gehen	<input type="checkbox"/>				
16. Atembeschwerden, Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>				
17. Konzentrations- oder Erinnerungsverlust	<input type="checkbox"/>				
18. Gefühl von Unsicherheit, Gleichgewichtsverlust Dauer:					
a) weniger als 2 min	<input type="checkbox"/>				
b) bis zu 20 min	<input type="checkbox"/>				
c) 20 min bis 1 h	<input type="checkbox"/>				
d) mehrere Stunden	<input type="checkbox"/>				
e) mehr als 12 h	<input type="checkbox"/>				
19. Kribbel, Prickeln oder Taubheitsgefühl in manchen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
20. Rückenschmerzen im Lendenbereich	<input type="checkbox"/>				
21. Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>				
22. Gefühl, ohnmächtig zu werden, Blackout	<input type="checkbox"/>				