

PRAXIS DER SINNE
Ihre HNO-Fachärzte
 SCHMECKEN
 HÖREN RIECHEN
 GLEICHGEWICHT

HNO

PATIENTEN-Fragebogen · Dr. med. Christoph Baumbach · www.hno-baumbach.de

DHI- Fragebogen für Schwindelpatienten

ja zeitweise nein

1. Haben Sie beim Nachoberschauen vermehrt Schwindelprobleme?	0	0	0
2. Verstärken sich ihre Beschwerden, wenn Sie auf einer unebenen Oberfläche laufen?	0	0	0
3. Verstärken sich ihre Beschwerden bei schnellen oder anspruchsvollen Bewegungen , Wie z.B. beim Sport, Tanzen, Hausarbeit?	0	0	0
4. Verstärken schnelle Kopfbewegungen ihre Schwindelbeschwerden?	0	0	0
5. Haben Sie beim Drehen im Bett verstärkt Schwindelbeschwerden?	0	0	0
6. Verstärken sich ihre Schwindelbeschwerden beim Gehen auf Bürgersteigen an Dicht befahrenen Strassen?	0	0	0
7. Verstärken Nickbewegungen des Kopfes oder Überkopfarbeiten ihre Beschwerden?	0	0	0
8. Müssen Sie sich in Ihrem Berufsleben aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden Einschränken?	0	0	0
9. Haben Sie beim Lagewechsel (Aufstehen/Hinlegen) verstärkt Schwindelbeschwerden?	0	0	0
10. Sind Sie aufgrund ihrer Beschwerden im sozialen Leben eingeschränkt (Kinobesuch, Essen gehen, Tanzen gehen, Besuch von Festen)	0	0	0
11. Haben Sie beim Lesen/Computerarbeit verstärkt Probleme?	0	0	0
12. Vermeiden Sie aufgrund ihrer Beschwerden größere Höhen?	0	0	0
13. Sind für Sie anstrengende Arbeiten (Haushalt/Garten) schwer oder unmöglich?	0	0	0
14. Ist es für Sie schwer, aufgrund ihrer Beschwerden alleine außer Haus zu gehen?	0	0	0
15. Ist es für Sie schwer, aufgrund ihrer Schwindelbeschwerden im Dunkeln zu gehen?	0	0	0
16. Haben ihre Schwindelbeschwerden Einfluss auf ihren Verantwortungsbereich im Beruf oder im Haushalt (Beschränkung auf bestimmte Tätigkeiten)?	0	0	0
17. Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschwerden zeitweise frustriert?	0	0	0
18. Haben Sie Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen?	0	0	0
19. Ist es Ihnen peinlich, wenn andere Personen ihre Schwindelbeschwerden bzw. ihre Unsicherheit bemerken?	0	0	0
20. Haben Sie Angst davor, jemand könnte Sie für betrunken halten, wenn er Ihre Unsicherheit oder Ihr Schwanken beobachtet?	0	0	0
21. Haben Sie aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden Konzentrationsstörungen?	0	0	0
22. Haben Sie Angst, wegen Ihrer Beschwerden immer allein zu Hause sein zu müssen?	0	0	0
23. Fühlen Sie sich behindert aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden?	0	0	0
24. Haben Sie aufgrund ihrer Beschwerden mit Ihrem Partner oder der Familie bzw. Freunden schon Ärger gehabt?	0	0	0
25. Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschwerden depressiv?	0	0	0