

Anamnesebogen - Schwindel



PHYSIOTHERAPIE & GESUNDHEITSTUDIO
LIVIA MENNICKE

Alter?	
Art des Schwindels?	Drehschwindel <input type="checkbox"/> Schwankschwindel <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> „Schwarzwerden vor den Augen“ <input type="checkbox"/>
Falls Drehschwindel: Schwindel beim Hinlegen oder drehen im Liegen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Episodischer Schwindel oder täglich?	episodisch <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/>
Falls episodisch: Wie oft und wie lange? mal am Tag / die Woche / im Monat / im Quartal / im Jahr Minuten / Stunden / Tage Bitte Zutreffendes einkreisen, Nichtzutreffendes durchstreichen.
Falls täglich:	
Seit wann und was war der Auslöser?	
Akut oder schleichend entstanden?	akut <input type="checkbox"/> schleichend <input type="checkbox"/> Falls akut: In der Notaufnahme gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hauptsächlich Symptome beim Gehen / Bewegung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Mehr im Dunkeln und/oder auf Unebenheiten? J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Auch Symptome in Ruhe (Sitzen / Liegen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weniger Symptome beim Sport oder Alkoholgenuss?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Fragen:	
Was verstärkt die Symptome (Aktivitäten / Situationen)?	
Was vermindert die Symptome?	
Verstärken visuelle Reize den Schwindel? (z.B. Disco, Konzert, Fernseher, Kino, Laptop, Smartphone)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Verstärken vestibuläre Reize den Schwindel? (z.B. Auto, Bus, Zug, Aufzug / Lift, Rolltreppe)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Auditive Symptome? Tinnitus oder Schwerhörigkeit?	Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen oder Migräne? Licht- / Lärmempfindlichkeit? Visuelle Aura?	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Visuelle Aura <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? Angststörung? Depression? Diabetes? Atemwegs- / Lungenerkrankung? Bluthochdruck? Herzerkrankung?	
Medikamente?	
Doppelbilder? Taubheit / Kribbeln im Gesicht oder Körper? Schwäche / Lähmung im Gesicht oder Körper? Schluck- / Sprechstörungen? Koordinative Probleme?	

Dizziness Handicap Inventory (DHI)



PHYSIOTHERAPIE & GESUNDHEITSSTUDIO
LIVIA MENNICKE

	Fragen	Immer	Manchmal	Nie
P1	Verschlimmert das Hochschauen Ihr Problem?			
E2	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, frustriert?			
F3	Ist das Reisen (privat oder geschäftlich), aufgrund Ihres Problems, eingeschränkt?			
P4	Verschlimmert der Gang durch einen Supermarkt Ihr Problem?			
F5	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen aus dem Bett?			
F6	Schränkt Ihr Problem Sie erheblich ein bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten, wie z.B. Essen gehen, ins Kino gehen, beim Tanzen oder auf Festen?			
F7	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Schwierigkeiten beim Lesen?			
P8	Verschlimmern anspruchsvolle Aktivitäten wie z.B. Sport, Tanzen und Haushaltsarbeiten (z.B. Fegen oder Geschirr wegräumen) Ihr Problem?			
E9	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Angst das Haus ohne Begleitung zu verlassen?			
E10	Haben Sie sich, aufgrund Ihres Problems, vor anderen in Verlegenheit gebracht?			
P11	Verschlimmern schnelle Kopfbewegungen Ihr Problem?			
F12	Vermeiden Sie, aufgrund Ihres Problems, die Höhe?			
P13	Verschlimmert das Drehen im Bett Ihr Problem?			
F14	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig anstrengende Hausarbeit oder Gartenarbeit zu erledigen?			
E15	Haben Sie Angst, dass Leute denken Sie seien betrunken?			
F16	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig alleine spazieren zu gehen?			
P17	Ist es schwierig entlang eines Bürgersteigs zu gehen?			
E18	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig für Sie sich zu konzentrieren?			
F19	Fällt Ihnen das Gehen im Dunkeln schwer?			
E20	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Angst alleine Zuhause zu bleiben?			
E21	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, behindert?			
E22	Hat Ihr Problem Ihre Beziehung zu Familienangehörigen oder Freunden belastet?			
E23	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, deprimiert?			
F24	Beeinträchtigt Ihr Problem Ihre Verantwortlichkeiten auf der Arbeit oder Zuhause?			
P25	Verschlimmert das nach vorne Beugen Ihr Problem?			
Datum:		Gesamt-Punktzahl:		

F: auf Aktivitäten bezogen – E: emotional – P: körperlich

Immer: 4 - Manchmal: 2 – Nie: 0

Übersetzt aus dem Original: Jacobson, G. P., & Newman, C. W. (1990). The development of the Dizziness Handicap Inventory. Archives of otolaryngology--head & neck surgery, 116(4), 424–427.

The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale

Anweisungen an die Patienten: Unten werden 16 Aktivitäten genannt. Bitte geben Sie für jede Aktivität auf einer Skala von 0% bis 100% das Niveau Ihres Selbstvertrauens für die Gleichgewichtskontrolle an. Bitte beurteilen Sie, ob Sie nach Ihrem Gefühl die Aktivität durchführen können, ohne Ihr Gleichgewicht zu verlieren oder unsicher zu werden. Wenn Sie die betreffende Aktivität derzeit nicht ausführen, versuchen Sie sich vorzustellen, wie sicher Sie wären, wenn Sie die Aktivität durchführen würden. Wenn Sie normalerweise eine Gehhilfe benutzen oder sich an jemandem festhalten, um die Aktivität durchzuführen, dann bewerten Sie Ihr Selbstvertrauen, als wenn Sie diese Unterstützung verwenden würden.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Kein Selbstvertrauen

Absolut sicher

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie nicht Ihr Gleichgewicht verlieren oder unsicher werden, wenn Sie ...

1. ... um das Haus herumgehen? _____%
2. ... die Treppe hoch oder runtergehen? _____%
3. ... sich nach vorne beugen, um einen Hausschuh vom vorderen Teil des Schrankbodens aufzuheben? _____%
4. ... nach einer kleinen Dose, auf Augenhöhe, aus dem Regal reichen? _____%
5. ... auf den Zehenspitzen stehen und nach etwas über dem Kopf greifen? _____%
6. ... auf einem Stuhl stehen und nach etwas greifen? _____%
7. ... den Boden fegen? _____%
8. ... nach draußen, zu einem, in der Einfahrt, geparktem Auto, gehen? _____%
9. ... in Auto einsteigen oder aus einem Auto aussteigen? _____%
10. ... über einen Parkplatz zum Einkaufszentrum gehen? _____%
11. ... eine Rampe hoch oder runtergehen? _____%
12. ... in einem überfüllten Einkaufszentrum, wo Leute schnell an Ihnen vorbeigehen, gehen? _____%
13. ... von anderen Menschen, beim Gang durch das Einkaufszentrum, angerempelt werden? _____%
14. ... auf eine Rolltreppe auftreten oder von einer runtergehen wollen, während Sie sich an einem Geländer festhalten? _____%
15. ... auf eine Rolltreppe auftreten oder von einer runtergehen wollen, während Sie ein Paket in den Händen halten, so dass Sie sich nicht am Geländer festhalten können? _____%
16. ... draußen auf eisigen Gehwegen gehen? _____%

Gesamt-ABC-Punktzahl: _____

Wertung: _____ / 16 = _____ % **Vertrauen in Gleichgewicht**
Gesamt-ABC-Punktzahl