

Schwindeltagebuch

Name: _____
 Monat / Jahr: _____



Deutsches Schwindel-und Gleichgewichtszentrum



Bitte verwenden Sie folgende Zahlen bzw. Buchstaben zum Ausfüllen der entsprechenden Spalten.

► **Art des Schwindels**

- S = Schwankschwindel (wie auf einem Schiff)
- D = Drehschwindel (wie in einem Karussell)
- G = Gangunsicherheit
- B = Benommenheitsgefühl

► **Auslöser**

- 1 Kopfbewegung
- 2 Lagewechsel des Kopfes
- 3 Aufstehen aus dem Sitzen
- 4 beim Gehen
- 5 visuelle Reize
- 6 bestimmte Umgebungssituationen
- 7 Husten, Pressen, Niesen
- 8 andere: _____

► **Begleitende Beschwerden**

- A Übelkeit
- B Erbrechen
- C Doppelbilder
- D andere Sehstörungen
- E Sturzneigung
- F Kopfschmerzen
- G Hörminderung
- H Tinnitus
- I Ohrdruckgefühl
- L Licht- oder Lärmempfindlichkeit
- M andere: _____

► **Eigene Therapie**

- 1 Lagerungsmanöver
- 2 Krankengymnastische Übungen
- 3 Ruhe
- 4 Medikament gegen Übelkeit
- 5 Schmerzmittel
- 6. andere

► **Weitere Informationen**

- (Blutzuckerwert, Blutdruck, usw.)
- andere: _____

Datum	Uhrzeit	Art des Schwindels Buchstabe laut (a) eintragen	Dauer der Attacke in Sekunden, Minuten oder Stunden	Stärke der Attacke			Auslöser Zahl laut (b) eintragen	Begleitende Beschwerden Buchstabe laut (c) eintragen evtl. Seite angeben R/L	Eigene Therapie Zahl laut (d) eintragen	Weitere Informationen Bitte laut (e) eintragen	Medikamente gegen Schwindel	Datum
				leicht	mittel	stark						
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31



02210003-Anamnese