Klinikum Lunen
St.-Marien-Hospital
Akademisches Lehrkrankenhaus der Westf. Wilhelms-Universität Münster

Schwindeltagebuch

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

Name:_____ Monat/Jahr:_____

(a) Art des Schwindels
S = Schwankschwindel (wie auf einem Schiff)
D = Drehschwindel (wie in einem Karussell)
G = Gangunsicherheit
B = Benommenheitsgefühl

(b) 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:_____

(c) 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:_____

(d) Eigene Therapie
1 Lagerungsmanöver
2 Krankengymnastische Übungen
3 Ruhe
4 Medikament gegen Übelkeit
5 Schmerzmittel
6. andere

(e) Weitere Informationen
(Blutzuckerwert, Blutdruck, usw.)
andere:_____

Datum	Uhrzeit	Art des Schwindels	Dauer der Attacke	Stärke der Attacke			Auslöser	Begleitende Beschwerden	Eigene Therapie	Weitere Informationen	Medikamente gegen Schwindel	Datum
		Buchstabe laut (a) eintragen	in Sekunden, Minuten oder Stunden	leicht	mittel	stark	Zahl laut (b) eintragen	Buchstabe laut (c) eintragen	Zahl laut (d) eintragen	Bitte laut (e) eintragen		
				bitte ankreuzen				evtl. Seite angeben R/L				
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