



Tinnitus-Fragebogen (bitte ausfüllen)

- 1) Gibt / gab es in Ihrer Familie Personen, die Ohrprobleme haben bzw. hatten?
- 2) Waren Sie beruflich/ militärdienstlich/ mit einem Hobby stärkerem Lärm ausgesetzt?
- 3) Hatten Sie einen Schädelunfall/ ein Schleudertrauma?
- 4) Hatten Sie Mittelohrentzündungen / Ohroperationen?
- 5) Haben Sie ohrschädigende Medikamente genommen? Welche Medikamente nehmen Sie jetzt?
- 6) Wann hat Ihr Ohrgeräusch begonnen und wie? Plötzlich oder allmählich?
- 7) Wo ist das Geräusch lokalisiert? Im linken/ rechten Ohr? Beidseitig? Eher im Kopf?
- 8) Wie klingt es? (Nennen Sie ein vergleichbares Geräusch!)
- 9) Ist es dauernd oder nur zeitweise vorhanden? Wie viele Stunden pro 24 Stunden hören Sie Ihr Geräusch?
- 10) Wechselt die Intensität/ der Charakter des Geräuschs? Ist es rhythmisch?
- 11) Kann das Geräusch (die Geräusche) durch Musik oder Lärm von aussen übertönt (verdeckt werden)?
- 12) Lässt sich Ihr Geräusch beeinflussen? Durch Kopf- oder Kieferbewegungen? Durch körperliche Anstrengung? Durch Alkohol? Durch Lärm?
- 13) Können Sie wegen Ihres Geräuschs schlecht einschlafen? Können Sie durchschlafen?
- 14) Sind Sie stark lärmempfindlich geworden? Nennen Sie Beispiele von Geräuschen, die für Sie unerträglich geworden sind!
- 15) Leiden Sie unter Schwindel?
- 16) Hören Sie schlechter? Einseitig? Beidseitig? Haben Sie ein Hörgerät?
- 17) Habe Sie Nacken-/Rückenprobleme? Probleme im Kauapparat?
- 18) Wie wirkt sich der Tinnitus aus? Im Beruf? Sozial? Auf Ihre Stimmung?
- 19) Was wäre alles anders, wenn Sie keinen Tinnitus hätten?

Unterschrift