Schwindel-Tagebuch

Schwindelambulanz

Prof. Dr. W.H. Zangemeister

Pat.Name u. Geb.Datum

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie bei Schwindel einnehmen

A:……
B:……
C:……

Monat _____

Schwindel-Stärke :
stark mittel leicht

Schwindel-Richtung:
drehend schwankend
rechts links n.vorne n.hinten Lift unklar

Dauer:
x weniger als 1 Minute
○ weniger als 10 Minuten
● 30Minuten - 2 Stunden
▼ länger als 2 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung/Stress
2. Beschleunigungsreize (PKW, Bus etc.)
3. Kopf-Koerper-Wendungen-Drehungen
4 Erholungsphase
5. Änderung der Schlaf/Wach-Rhythmus
6. Menstruation
7. Platzangst (zB Supermarkt); Höhenangst
8. Ihr persönlicher…… Auslöser
9. Ein weiterer persönlicher Auslöser

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

A. Käse
B. Alkoholische Getränke
C. Schokolade
D. Kaffee, Cola
E. Ihr persönlicher Auslöser
F. Ein weiterer Auslöser

			Schwindel Charakter				Begleitsymptome											Anzahl der…			Hat Ihnen das Mittel geholfen		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend	Plötzlicher Beginn - langsame Abnahme	Einseitige Richtung	Richtungswechselnd	Erbrechen	Übelkeit	Hoerstoerung	Lichtscheu/ Ruhebedueftigkeit	Sehstörungen wie: Doppelbilder/ schwankende Umwelt/ Schwarzwerden vd Augen/ Halbseitige Sehfeldstoerung		Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig