

Klinik für Hals-Nasen-  
Ohrenkrankheiten,  
Kopf-, Hals- und Plastische  
Gesichtschirurgie  
und Kommunikationsstörungen  
(Hör-, Stimm- und Sprachstörungen)  
Direktor: Prof. Dr. med. K. Schwager

Telefon-Durchwahl: (0661) 84-6003  
Telefax-Durchwahl: (0661) 84-6010

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Beruf:.....

Telefon:..... Handy:.....

E-Mail:.....

Krankenkasse:.....

Hausarzt/-ärztin:.....

Hals-Nasen-Ohrenarzt/-ärztin:.....

**Bisherige Diagnostik (Bitte die CDs mitschicken):**

- MRT- Kopf       CT- Felsenbein       MR-Angiographie
- Ultraschall Hals     Audiogramm (Hörtest)

**Vorgeschichte zum Ohrgeräusch:**

**1. Auf welchem Ohr hören Sie Ohrgeräusche?**

- rechts     links     beidseits     im ganzen Kopf

**2. Wann hat Ihr Ohrgeräusch angefangen?**

- rechts:.....
- links:.....

**3. Wie klingt Ihr Ohrgeräusch?**

- Pfeifen     Rauschen     Klopfen
- anderes Geräusch: .....

**4. Halten Sie Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand auf die Innenseite des linken Handgelenkes und tasten Sie Ihren Puls. Hören Sie Ihr Ohrgeräusch gleichzeitig mit Ihrem Puls?**

- ja             nein             nur selten             ich bin mir nicht sicher

**5. Welchem Frequenzbereich würden Sie Ihr Ohrgeräusch zuordnen?**

- tief             mittel             hoch

**6. Hat sich die Lautstärke Ihres Ohrgeräusches im Laufe der Zeit verändert?**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| rechts:                  | links:                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> lauter geworden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> leiser geworden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> unverändert     |

**7. Wie laut ist Ihr Ohrgeräusch?**

- hörbar nur bei Stille
- hörbar bei geringer Umgebungslautstärke
- übertönt alle Nebengeräusche

**8. Verändert sich Ihr Ohrgeräusch durch bestimmte Tätigkeiten oder Körperpositionen?**

- ja, durch:.....
- nein, ist immer gleich

**9. Können Sie Ihr Ohrgeräusch durch Druck auf die Halsgefäße verändern?**

- ja, durch leichten Druck
- ja, durch festen Druck
- nein

**10. Haben Sie durch das Ohrgeräusch Probleme beim Einschlafen?**

- ja       nein       nur manchmal

**11. Werden Sie durch das Ohrgeräusch wach?**

- ja       nein       nur manchmal

**12. Fühlen Sie sich durch das Ohrgeräusch in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?**

- nein       selten  
 leichtgradig       mittelgradig       ich kann so nicht weiterleben

**13. Sind Sie sehr Geräuschempfindlich?**

- ja       nein       nur manchmal

**14. Leiden Sie an einer Hörminderung?**

- rechts       links       nein

**15. Tragen Sie Hörgeräte?**

- rechts, seit:.....  
 links, seit:.....

**16. Haben Sie Schwindel?**

- nein  
 ja, Dreh- und Schwankschwindel  
 ja, Schwarzwerden vor den Augen  
 ja, bei Drehungen im Bett und Positionswechsel  
 ja, Benommenheitsgefühl im Kopf und Gangunsicherheit

**17. Wurden bei Ihnen Ohroperationen durchgeführt?**

- nein  
 ja  
Falls ja, welche Operation?.....

**18. Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an häufigen Ohrentzündungen?**

- nein
- häufige Gehörgangsentzündungen
- häufige Mittelohrentzündungen

**Allgemeine Vorerkrankungen:**

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

**Seit wann? Nähere Angaben:**

<b>Bluthochdruck</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Herzerkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Zuckerkrankheit (Diabetes)</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Tumorerkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Blutungsstörungen, Bluterkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Krampfleiden/neurol. Erkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Psychische Erkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Sonstige Erkrankungen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....
<b>Operationen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	.....

.....  
.....  
.....

**Haben Sie Allergien gegen Medikamente?      Nein**       **Ja**

**Wenn ja, gegen welche?**.....

**Andere Allergien:**.....

**Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel:** ..... **nicht mehr seit:**.....

**Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:**.....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Datum, Unterschrift