

Spørgeskema for patienter der lider af svimmelhed.

Spørgsmålene besvares med kryds i ud for valgte svar mulighed og ved uddybende tekst på linierne.

1. Navn: _____

2. Cpr-nr. _____

3. Dato for besvarelse af spørgeskemaet: _____

4. Aktuelle Erhverv: _____

5. Har du været sygemeldt pga. svimmelhed?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvor lang tid? _____

Beskrivelse af svimmelheden:

6. Hvornår oplevede du første gang at du blev svimmel: (kan besvares med dato eller ca for f.eks. 1/2 år siden)

7. Beskriv dit første svimmelhedsanfald med egne ord uden at bruge ordet "svimmel".
Hvad er det du oplever når du føler dig svimmel.

8. Er svimmelheden konstant eller kommer den i anfald?

Den er der konstant (gå videre til spørgsmål 11)

Den kommer i anfald

Jeg har konstant symptomer på svimmelhed med det forværres i anfald

Andet _____

9. Svimmelheden kommer i anfald eller forværres i anfald.

Hvor lang tid varer et typisk anfald?

Sekunder , hvor mange sekunder? ca. _____

Minutter, hvor mange minutter ? ca. _____

Timer, hvor mange timer? ca. _____

Dage, hvor mange dage? ca. _____

uger, hvor mange uger? ca. _____

Andet _____

10. Hvis svimmelheden har karakter af anfald har anfaldene ændret sig i karakter efter du første gang oplevede det?

Nej

ja

Hvis ja

på hvilke måde har anfaldene ændret sig? _____

11. Har du nogle af nedennævnte symptomer i forbindelse med din svimmelhed?

Øresusen (tinnitus)

Hørenedsættelse

Trykken eller propfornemmelse i øret

Kvalme

Opkastninger

Dobbeltsyn

Hovedpine

Føleforstyrrelser

Kraftnedsættelse i arme eller ben

Bevisthedtab eller besvimelser

Synkebevær

Hæshed

Hjertebanken

Snurren/prikkende fornemmelse i kroppen

Sultfornemmelse

Angst

Smerter Hvor? (skriv) _____

Kramper

Andet (skriv) _____

12. Kan din svimmelhed forværres eller blive fremprovokeret af følgende (sæt kryds i)

Drejning af hoved eller krop (f.eks. drejer sig rundt i sengen)

Rejse sig hurtigt op

Stå stille i længere tid

Hurtige hovedbevægelser

At gå i mørke eller svag belysning

Elevator tur

Flyve

Bilkørsel

Høje lyde

Hoste, pudse næse, nyse

Ophold i supermarked eller på store åbne pladser

Fysisk anstrengelse

Speciel mad

Varme og varmt bad

Specielle tidspunkter på dagen/ årstiderne

Stress

Alkohol

Menstruation

Dykning

Andre faktorer?(skriv)_____

Andre eller tidligere sygdomme

13. Har du eller har du haft problemer med?

Øreflåd

Øresmerte

Hørenedsættelse

Øresusen

14. Har du tidligere været opereret i øret?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvornår? _____

For hvad? _____

15. Har du ellers fejlet noget med ørene?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvad? _____

16. Har du tidligere haft virus på balancenerven?

Nej

Ja Hvis ja Hvornår? _____

17. Har du haft hjernerystelse eller været udsat for kraftigt slag på hoved eller hals?

Nej

Ja Hvis ja Hvornår/hvad? _____

18. Lider du af nakke/ryg smerter?

Nej

Ja

19. Har du fået massage eller kiropraktorbehandling på hals nakke eller ryg?

Nej

Ja Hvis ja Hvornår sidst? _____

20. Lider du af migræne?

Nej

Ja

Jeg har tidligere haft migræne, men det er sjældent nu

21. Lider du af depression eller nedtrykthed?

Nej

Ja Hvis ja Får du behandling? Nej
Ja Med hvad? _____

22. Lider du af forhøjet blodtryk?

Nej

Ja Hvis ja Hvilken behandling får du? _____

23. Lider du af hjerteproblemer?

Nej

Ja Hvis ja Hvilken behandling får du? _____

24. Lider du af dårligt kredsløb?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvilken behandling får du? _____

25. Lider du af sukkersyge?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvilken behandling får du? _____

26. Lider du af stofskifteproblemer?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvilken behandling får du? _____

27. Lider du af blodmangel?

Nej

Ja

Hvis ja

Hvilken behandling får du? _____

28. Lider du af dårlig følelse i ben/fødder? (sæt kryds i)

Nej

Ja

Hvis ja

Hvilken behandling får du? _____

29. Lider du af dårligt syn?

Nej

Ja

30. Bruger du briller?

Nej

Ja

31. Har du de sidste 3 år haft en periode med langvarigt sengeleje?

Nej

Ja

Hvis ja

hvornår var det og hvad var årsagen _____

32. Har du haft andre sygdomme du har været i længerevarende medicinsk behandling for?

Nej

Ja Hvis ja hvad blev du behandlet for? _____

33. Har du haft en kræftsygdom?

Nej

Ja Hvis ja Hvor havde du kræft? _____

Aktuelle forbrug af medicin ,tobak og alkohol:

34. Medicin:

Skriv venligst alt hvad du tager af medicin- også håndkøbsmedicin og naturmedicin.

35. Tobak:

Ryger du?

Nej

Ja Hvis ja Hvor meget? _____

Har tidligere røget med er holdt op for _____ år siden.

36. Alkoholforbrug:

Jeg har dagligt et alkohol forbrug

Nej	Hvis nej	Hvor mange genstande får du om ugen?_____
Ja	Hvis ja	Hvor mange genstande får du dagligt?_____

Tidligere undersøgelser

37. Har du tidligere været undersøgt for din svimmelhed?

Nej		
Ja	hvis ja	Hos praktiserende læge Hos øre,næse,hals læge Hos neurolog På Sygehuset På Audiologisk afdeling Andet sted _____ Jeg har været indlagt med svimmelhed hvor? _____ hvornår? _____

38. Har du tidligere fået foretaget røngten undersøgelser eller scanning af hjernen, hals eller nakke?

Nej		
Ja	Hvis ja	Hvilken undersøgelse og hvornår?_____
