

Name: \_\_\_\_\_

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

# Schwindel-/ Kopfschmerztagebuch

	Art	Stärke	Dauer	Auslöser	Übelkeit	Erbrechen	Doppelbilder	Sehstörungen	Tinnitus	Hörminderung	Kopfschmerzen	Lichtscheu	Lärmempfindlich	Gangstörung	Weiteres
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

Bitte verwenden Sie folgende Auswahlmöglichkeiten zum Ausfüllen der entsprechenden Spalten oder **kreuzen Sie die Spalten, wenn zutreffend, an:**

**Art des Schwindels**

- S = Schwankschwindel
- D = Drehschwindel
- G = Gangunsicherheit
- B = Benommenheitsgefühl

**Stärke des Schwindels**

- l : leicht
- m: mittel
- s: stark
- S: sehr stark

**Auslöser**

- K: Kopfbewegungen
- L: Lagewechsel des Kopfes
- A: Aufstehen aus dem Sitzen
- G: beim Gehen
- x: andere: \_\_\_\_\_