

Tinnitusfragebogen

HÖRERLEBNIS SCHAFFMEIER

Name, Vorname: _____

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Zur Komplettierung Ihrer Unterlagen und als Entscheidungshilfe für eine eventuelle Hörsystemversorgung bitten wir Sie um Ihre Unterstützung.

Beantworten Sie daher bitte möglichst alle Fragen, bei Unklarheiten können Sie ergänzende Bemerkungen am Ende des Fragebogens machen. Gerne sprechen Sie auch mit uns persönlich.

I. Krankengeschichte des Tinnitus

1. Auf welchem Ohr hören Sie den Tinnitus?

- rechts (oder überwiegend rechts)
- links (oder überwiegend links)
- beidseits (oder etwa gleich)
- im Kopf

2. Wie etwa klingt Ihr Tinnitus?

| Art des Geräuschs: | Frequenzbereich: | Zeitmuster: |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ton (z.B. Pfeifen) | <input type="checkbox"/> tief | <input type="checkbox"/> pochend/ |
| <input type="checkbox"/> Rauschen o.Ä. | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> klopfend/ |
| <input type="checkbox"/> anderes Geräusch | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> rhythmisch |
| | | <input type="checkbox"/> gleichförmig |

3. Wann hat Ihr Tinnitus begonnen (Monat/Jahr)?

rechts: _____ links: _____

Bisherige Dauer: _____ Bisherige Dauer: _____
 _____ Jahre, _____ Monate _____ Jahre, _____ Monate

4. Hat Ihr Tinnitus urplötzlich oder langsam einschleichend begonnen?

rechts: _____ links: _____
 urplötzlich
 langsam einschleichend

5. Hat sich die Lautstärke Ihres Tinnitus im Laufe der Zeit verändert?

rechts: _____ links: _____
 stärker geworden
 schwächer geworden
 im Wesentlichen gleich geblieben

Mit den folgenden Fragen (6–12) soll der **aktuelle** Tinnitus untersucht werden. Beziehen Sie daher alle Fragen auf den gegenwärtigen Zeitraum, d.h. die **letzten 14 Tage**. Falls Unterschiede bezüglich rechts- und linksseitigem Tinnitus bestehen, geben Sie eine globale Gesamtbeurteilung.

6. Wie laut ist Ihr Tinnitus, wenn Sie ihn mit üblichen Umgebungsgeräuschen vergleichen?

- Grad I:** Tinnitus hörbar nur bei Stille
- Grad II:** Tinnitus hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen und maskierbar durch gewöhnlichen Lärm
- Grad III:** Tinnitus übertönt alle Geräusche

7. Ist die Lautstärke Ihres Tinnitus tagsüber immer gleich oder schwankend?

- im Wesentlichen gleich laut
- manchmal schwankend
- (fast) ständig schwankend

8. Ändert sich die Lautstärke Ihres Tinnitus bei lauten Umgebungsgeräuschen?

- wird leiser
- ändert sich nicht (oder kaum)
- wird lauter

9. (Falls „wird lauter“ bei Frage 8:) Wie lange hält dann der laute Tinnitus an?

- Minuten Stunden
- noch am nächsten Tag oder länger

10. Ist Ihr Tinnitus tagsüber ständig da?

- ständig, ohne Unterbrechung
- mit längeren Pausen (> 1 Std.)
- mit kurzen Pausen (< 1 Std.)
- z.T. ganze Tage ohne Tinnitus

11. Erleben Sie Ihren Tinnitus als lästig?

- nein teilweise/manchmal ja

Erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend?

- nein teilweise/manchmal ja

Falls „quälend“: Seit wann erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend?

- von Anfang an quälend
- wurde erst später quälend
 quälend seit: _____ Jahren, _____ Monaten

12. Sind Sie besonders geräuschempfindlich?

Sind Sie geräuschempfindlicher im Vergleich zu früher (vor Tinnitus) oder im Vergleich zu anderen Personen?

- erfüllt vermutlich/Verdacht nicht erfüllt

Die Geräuschempfindlichkeit bezieht sich nicht nur auf bestimmte Geräusche (z.B. Schreien eines Kindes, Musik), sondern besteht in generalisierter Form bzgl. unterschiedlicher Geräusche und Gelegenheiten.

- Erfüllt Vermutlich/Verdacht Nicht erfüllt

13. Besteht bei Ihnen eine Hörminderung?

- ja nein nicht bekannt

rechts seit: _____ links seit: _____

II. Medizinische Ursachen des Tinnitus

Gibt es eine HNO-ärztliche Diagnose für die Ursache Ihres Tinnitus? – Bitte Punkte 17. bis 30. ankreuzen; es können auch mehrere Ursachen angegeben werden.

14. Tinnitus bei Innenohrschwerhörigkeit

- ja nein
 Verdacht nicht zu beurteilen

15. Tinnitus bei Otosklerose (Mittelohrknochenprobleme)?

- nein Verdacht ja

16. Tinnitus seit Hörsturz?

- nein Verdacht ja

17. Tinnitus bei Durchblutungsstörung?

- nein Verdacht ja

18. Tinnitus bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule („Zervikogener Tinnitus“)?

- nein Verdacht ja

19. Tinnitus bei Funktionsstörungen des Kiefergelenks („Stomatognathogener Tinnitus“)?

- nein Verdacht ja

20. Tinnitus seit Knalltrauma?

- nein Verdacht ja

21. Tinnitus im Zusammenhang mit längerer Lärmbelastung?

- nein Verdacht ja

22. Tinnitus bei Morbus Menière?

- nein Verdacht ja

23. Tinnitus nach schweren Schädelverletzungen?

- nein Verdacht ja

24. Tinnitus im Zusammenhang mit Tumoroperationen am Hörnerv (Akustikusneurinom)?

- nein Verdacht ja

25. Tinnitus bei anderer zentralnervöser Erkrankung?

- nein Verdacht ja

26. Tinnitus bei Innenohrschädigung durch Medikamente?

- nein Verdacht ja

27. Tinnitus bei familiärer Schwerhörigkeit*?

- nein Verdacht ja

* Schwerhörigkeit seit Kindheit, bei Verwandten – Hörminderung, Taubheit oder andere Gehörerkkrankungen

28. Tinnitus bei anderen Ursachen (z.B. Über- oder Unterdruckunfall beim Tauchen/Fliegen, Ruptur rundes Fenster, Autoimmunerkrankung, seltene Allergien, Hörminderung, die nicht im Zusammenhang mit den Ursachen unter Punkt 17. bis 29. zusammenhängt etc.)?

- nein Verdacht ja

Bitte beschreiben, Sie können hier Ihre Vermutungen auch nicht schulmedizinischer Zusammenhänge vermerken, wie z.B. Stress, Lebenskrise etc.

29. Hatten Sie Schwindel im letzten Jahr?

- nein
 ja, Dreh- oder Schwankschwindel
 ja, Benommenheitsgefühl im Kopf oder Augenflimmern
 ja, anfallsartig
 ja, mit Schwarzwerden vor den Augen
 andere Formen

30. Wie stark schränkt der Tinnitus Ihr Leben ein?

- nicht wesentlich leichtgradig mittelgradig
 höhergradig komplett

31. Wie oft stört der Tinnitus Ihre Konzentration, z.B. beim Lesen?

- nie oder selten manchmal oft
 sehr oft immer

III. Einfluss auf Gefühle, Verhaltensweisen oder Einstellungen

Ziel der folgenden Fragen ist es, herauszufinden, ob Ihre Ohr- oder Kopfgeräusche Einflüsse auf Ihre Gefühle, Verhaltensweisen oder Einstellungen haben.

(nach ©1991 by G. Goebel, W. Hiller & R.S. Hallam German version: Roseneck Hospital, Prien, F.R.G.)

| | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> | | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Manchmal kann ich die Ohrgeräusche ignorieren, auch wenn sie da sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, mehreren Menschen gleichzeitig zuzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich kann keine Musik genießen wegen der Ohrgeräusche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Die Ohrgeräusche sind die meiste Zeit laut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es ist unfair, dass ich unter meinen Ohrgeräuschen zu leiden habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Ich mache mir wegen der Ohrgeräusche Sorgen, ob mit meinem Körper ernstlich etwas nicht in Ordnung ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich wache in der Nacht wegen meiner Ohrgeräusche häufiger auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Wenn die Ohrgeräusche andauern, wird mein Leben nicht mehr lebenswert sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin mir der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich etwas von meinem Selbstvertrauen verloren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die Meinung und Einstellung zu den Ohrgeräuschen beeinflussen nicht das Quälende daran. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Ich wünsche mir, jemand würde verstehen, was das überhaupt für ein Problem ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Meistens sind die Ohrgeräusche ziemlich leise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Egal was ich tue, die Ohrgeräusche lenken mich ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich mache mir Sorgen, dass mich die Ohrgeräusche in einen Nervenzusammenbruch treiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Es gibt nur ganz wenig, was man tun kann, um mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wegen der Ohrgeräusche habe ich Schwierigkeiten zu sagen, woher andere Töne kommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Die Geräusche machen mir manchmal Ohren- und Kopfschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Die Art, wie die Ohrgeräusche klingen, ist wirklich unangenehm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Wenn ich mich niedergeschlagen oder pessimistisch fühle, scheint das Ohrgeräusch schlimmer zu sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe den Eindruck, dass ich den Ohrgeräuschen nie entkommen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich gegenüber meiner Familie und meinen Freunden gereizter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wegen der Ohrgeräusche wache ich morgens früher auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich Muskelverspannungen an Kopf und Nacken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich mache mir Sorgen, ob ich jemals in der Lage sein werde, mit diesem Problem fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> | | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Es wird fürchterlich sein, wenn diese Ohrgeräusche nie weggingen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Ich denke oft darüber nach, ob die Ohrgeräusche jemals wieder weggehen werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ich Sorge mich, dass die Ohrgeräusche meine körperliche Gesundheit schädigen könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. Ich kann mir vorstellen zu lernen, mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Das Ohrgeräusch scheint direkt durch meinen Kopf zu gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. Die Ohrgeräusche lassen nie nach. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Fast alle meine Probleme sind durch diese Ohrgeräusche bedingt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. Eine stabilere Persönlichkeit würde dieses Problem vielleicht besser akzeptieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Mein Hauptproblem ist der Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. Ich bin ein Opfer meiner Ohrgeräusche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Was mir zu schaffen macht, ist die Art und Weise darüber nachzudenken – nicht das Geräusch selbst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. Die Ohrgeräusche haben meine Konzentration beeinträchtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, einer Unterhaltung zu folgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. Die Ohrgeräusche sind eines der Probleme im Leben, mit denen man zu leben hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer, zu entspannen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich unfähig, Radio oder Fernsehen zu genießen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Oft sind meine Ohrgeräusche so schlimm, dass ich sie nicht ignorieren kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. Manchmal verursachen die Ohrgeräusche starke Kopfschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Wegen der Ohrgeräusche brauche ich länger zum Einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. Ich hatte schon immer einen leichten Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Wenn ich über die Ohrgeräusche nachdenke, werde ich manchmal sehr ärgerlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raum für ergänzende Bemerkungen: | | | |
| 38. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer zu telefonieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | | |
| 39. Wegen der Ohrgeräusche bin ich leichter niedergeschlagen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | | |
| 40. Wenn ich etwas Interessantes tue, kann ich die Ohrgeräusche vergessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | | |
| 41. Wegen der Ohrgeräusche scheint mir das Leben über den Kopf zu wachsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | | |
| 42. Ohrenbeschwerden haben mir schon immer Sorgen bereitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | | |