

Wenn Sie zur Beantwortung einer Frage mehr Platz benötigen, finden Sie diesen auf der letzten Seite. Bitte geben Sie dabei die Nummer der Frage an.

MOMENTANE BESCHWERDEN

- 1.: Bitte beschreiben Sie möglichst genau die Beschwerden, wegen derer Sie das Hörtraining durchführen wollen:

- 2.: Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Wann sind sie zum ersten Mal aufgetreten?

- 3.: Gab es einen Ihnen bekannten Auslöser für die Beschwerden?
(z.B.: Knalltrauma, Operation, Krankheit, psychische Belastung, etc.)

- 4.: Ist die Intensität der Beschwerden gleichbleibend, schwankend oder zunehmend?
Gibt es beschwerdefreie Momente?

- 5.: Auf einer Skala von 1 bis 10: wie sehr belasten Ihre Beschwerden Sie?
(1: gar nicht - 10: unerträglich)

- 6.: Gibt es Dinge, die Ihre Beschwerden lindern oder verstärken?
(gemeint sind nicht Medikamente oder Behandlungen, sondern Dinge wie Sport, Ruhe, Urlaub, Tageszeit etc.)

WENN SIE EINEN TINNITUS HABEN:

- 7.:** Welcher Art ist Ihr Ohrgeräusch
(z.B. Ton / mehrere Töne zugleich / Rauschen / Rumpeln / hohes Piepen / Brummen ...)
- 8.:** Wie oft nehmen Sie Ihr Ohrgeräusch wahr?
(z.B. täglich / 1 x pro Woche / immer / mehrmals täglich ...)
- 9.:** Auf einer Skala von 1 bis 10: wie laut ist das Ohrgeräusch?
(1: kaum wahrnehmbar - 10: sehr laut)
- 10.:** Auf einer Skala von 1 bis 10: wie störend empfinden Sie das Ohrgeräusch?
(1: gar nicht störend - 10: unerträglich)
- 11.:** Wachen Sie nachts durch das Ohrgeräusch auf?
Wie oft ist das der Fall?
- 12.:** Können Sie das Ohrgeräusch ignorieren?
- 13.:** Stört das Ohrgeräusch Ihre Konzentrationsfähigkeit?
- 14.:** Haben Sie weitere Anmerkungen zu Ihrem Ohrgeräusch?



HNO - STATUS

- 15.:** Haben Sie in letzter Zeit Ihre Ohren von einem Arzt untersuchen lassen?
- 16.:** Hat dieser einen Befund festgestellt?
Wenn ja: welchen? (Bitte fügen Sie ggfs. die Untersuchungsergebnisse in Kopie an.)
- 17.:** Hatten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt eine Operation im Bereich der Ohren?
- 18.:** Haben Sie / hatten Sie in letzter Zeit eine Mittelohrentzündung?
- 19.:** Hatten sie zu einem früheren Zeitpunkt Mittelohrentzündungen?

ANDERE BESCHWERDEN / MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

20.: Hatten Sie die momentanen Beschwerden zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal?

21.: Hatten / haben Sie andere Erkrankungen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren momentanen Beschwerden sehen?

22.: Ist Ihnen eine Wirbelsäulenproblematik bekannt?

23.: Leiden Sie zuweilen an Schmerzen oder Steifigkeit im Nacken oder im Rücken?

24.: Haben Sie zur Zeit andere Erkrankungen?
Bitte geben Sie auch solche Beschwerden an, die Sie nicht im Zusammenhang mit der Problematik sehen, wegen derer Sie das Hörtraining anwenden wollen.

MEDIKAMENTE

25.: Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?
Bitte erwähnen Sie auch Medikamente, die Sie wegen anderer Erkrankungen einnehmen.

26.: Haben Sie zu der Zeit Medikamente eingenommen als Ihre Problematik begonnen hat?

BEHANDLUNGEN

- 27.: Tragen Sie ein Hörgerät? Wenn ja: seit wann?
- 28.: Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in einer anderen Behandlung?
Wenn ja: welche und seit wann?
- 29.: Sind Sie wegen anderer Beschwerden zur Zeit in Behandlung?
Wenn ja: welche und seit wann?

AKUSTISCHE UMGEBUNG

- 30.: Wie ist die akustische Umgebung an Ihrem Wohnort? (Laut? Sehr laut? Leise?)
- 31.: Wie ist die akustische Umgebung an Ihrem Arbeitsplatz? (Laut? Sehr laut? Leise?)
- 32.: Gibt es in Ihrem Alltag Dinge, die Sie ungern hören und dennoch hören müssen?
(z.B.: vielbefahrene Straße vor dem Haus / Maschinengeräusche / Fluglärm ...)
- 33.: Hören Sie gerne Musik? Wenn ja: welche Art von Musik und in welcher Lautstärke?
- 34.: Können Sie in einer geräuschvollen Umgebung (z.B. im Café) gut ein Gespräch führen?
- 35.: Mögen Sie es, wenn es um Sie herum sehr still ist?



HABEN SIE WEITERE ANMERKUNGEN ZU IHREN BESCHWERDEN?