



Datum:

Name: Mitgliedsnummer

Alter: _____ Geschlecht: _____

Angaben zu Ihrem Tinnitus:

- Auf welchem Ohr hören Sie den Tinnitus?
 rechts (oder überwiegend rechts) links (oder überwiegend links)
 beidseitig (oder etwa gleich) im Kopf
- Wie etwa klingt Ihr Tinnitus?

- Wann hat Ihr Tinnitus begonnen?
 rechts: _____ links: _____

- Hat Ihr Tinnitus urplötzlich oder langsam einschleichend begonnen?
 rechts: links:
 urplötzlich
 langsam schleichend

- Hat sich die Lautstärke Ihres Tinnitus im Laufe der Zeit verändert?
 rechts: links:
 stärker geworden
 schwächer geworden
 im wesentlichen gleich geblieben

- 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

- Ändert sich die Lautstärke Ihres Tinnitus bei oder nach lauten Umgebungsgeräuschen?
 wird leiser ändert sich nicht (oder kaum) wird lauter

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

- Erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend?
 Ja teilweise, manchmal nein

- (Falls Frage 9 zutrifft)
 Seit wann erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend?
 von Anfang an quälend wurde erst später quälend (seit: _____
 _____ Jahren, _____ Monaten

Angaben zu anderen Beschwerden:

- Besteht bei Ihnen eine Hörminderung?
 Ja Nein nicht bekannt
 rechts seit: _____ links seit: _____
 Wenn ja, sind Sie mit Hörgeräten versorgt?
 Ja Nein
- die folgenden Fragen beziehen sich auf eine mögliche Geräuschempfindlichkeit
 - Erleben Sie leise oder durchschnittliche Geräusche (wie Zeitungsrascheln, Ventilator des PC, eigenes Lachen, Brummen des Kühlschranks) als unangenehm bis schmerzhaft?
 Ja, trifft zu manchmal Nein
 - Benutzen Sie regelmäßig Watte oder anderen Gehörschutz auch in Umgebungen mit normalen Geräuschpegeln (z. B. beim Verlassen des Hauses)?
 Ja, trifft zu manchmal Nein
 - Bezieht sich Ihre Geräuschempfindlichkeit nicht nur auf bestimmte Geräusche (z. B. Schreien eines Kindes, Musik), sondern auf alle möglichen unterschiedlichen Geräusche und Gelegenheiten?
 Ja, trifft zu manchmal Nein
 - Sind Sie in Ihrer Lebensführung durch die Geräuschempfindlichkeit erheblich beeinträchtigt?
 Ja, trifft zu manchmal Nein

- Leiden Sie unter Schwindel?
 Ja Nein
 Falls Schwindel bereits ärztlich abgeklärt wurde:
 Diagnose: _____

- Schätzen Sie jetzt bitte die Stärke Ihrer Beschwerden zwischen 0 und 10 ein.
 Tinnitus 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Hörminderung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Geräuschempfindlichkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Schwindel 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zu den Ursachen Ihres Tinnitus

15. Gibt es eine feste ärztliche Diagnose für die Ursache Ihres Tinnitus? Wenn ja, wie lautet sie?

Falls bekannt, geben Sie an, welche der folgenden Gründe für Ihren Tinnitus festgestellt wurden (Mehrfachnennung möglich).

- Innenohrschwerhörigkeit
- Schallleitungstörung (z. B. Otosklerose)
- Hörsturz
- Durchblutungsstörung
- Störung der Halswirbelsäule
- Störung des Kiefergelenks
- Lärmschädigung
- Morbus Menière
- Schwere Kopfverletzung
- Akustikusneurinom (Tumor des Hörnervs)
- Neurologische Erkrankung
- Schädigung durch Medikamente
- Bestand bei Personen Ihrer Herkunftsfamilie eine Schwerhörigkeit?
- Gibt es andere bekannt Ursachen?

16. Die Ohrgeräusche sind die meiste Zeit laut.
 Nein teilweise/manchmal Ja

17. Ich wache in der Nacht wegen meiner Ohrgeräusche häufiger auf.
 Nein teilweise/manchmal Ja

18. Ich habe den Eindruck, dass ich den Ohrgeräuschen nie entkommen kann.
 Nein teilweise/manchmal Ja

19. Wenn die Ohrgeräusche andauern, wird mein Leben nicht mehr lebenswert sein.
 Nein teilweise/manchmal Ja

20. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich mit meiner Familie und meinen Freunden gereizter.
 Nein teilweise/manchmal Ja

21. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer, mich zu entspannen.
 Nein teilweise/manchmal Ja

22. Oft sind meine Ohrgeräusche so schlimm, dass ich sie nicht ignorieren kann.
 Nein teilweise/manchmal Ja

23. Wegen der Ohrgeräusche bin ich leichter niedergeschlagen.
 Nein teilweise/manchmal Ja

24. Ich bin ein Opfer meiner Ohrgeräusche.
 Nein teilweise/manchmal Ja

25. Die Ohrgeräusche haben meine Konzentration beeinträchtigt.
 Nein teilweise/manchmal Ja

26. Ich bin mir der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst.
 Nein teilweise/manchmal Ja

27. Ich mache mir wegen der Ohrgeräusche Sorgen, ob mit meinem Körper ernstlich etwas nicht in Ordnung ist.
 Nein teilweise/manchmal Ja

28. Ich Sorge mich, dass die Ohrgeräusche meine körperliche Gesundheit schädigen könnten.
 Nein teilweise/manchmal Ja

29. Wegen der Ohrgeräusche brauche ich länger zum Einschlafen.
 Nein teilweise/manchmal Ja

30. Ich denke oft darüber nach, ob die Ohrgeräusche jemals weggehen werden.
 Nein teilweise/manchmal Ja

Noch einige Angaben zu Ihrer Person

31. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?
 verheiratet getrennt geschieden
 fester Partner nie verheiratet verwitwet

32. Welchen Beruf haben Sie? _____

33. Haben Sie wegen des Tinnitus einen Rentenantrag gestellt?
 Ja Nein Ich beziehe bereits Rente Tinnitus/Ohrliden
 Rente/Rentenantrag vorwiegend aus anderen Gründen

34. Befinden Sie sich zur Zeit wegen des Tinnitus in einem Rechtsstreit?
 Ja Nein

35. Welcher Krankenkasse gehören Sie an?

-
- Bitte werten Sie den Fragebogen für mich aus.
 - Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten anonymisiert für statistische Zwecke der DTL verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift