

Tinnitusfragebogen

Stamm #:

Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Beantworten Sie 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 Geräusches: Frequenzbereich: Zeitmuster:
Ton (z.B. Pfeifen) tief pochend/
Rauschen o.Ä. mittel klopfend/
anderes Geräusch hoch rhythmisch
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 Gehörerkrankungen
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

32. Schätzen Sie jetzt bitte die Stärke dieser Beschwerden auf einer Skala zwischen 0 (kein Problem) und 10 (großes Problem) 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
Geräuschüberempfindlichkeit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schwindel:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. Was tun Sie zur Zeit gegen Ihren Tinnitus?

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.)

Bewertung mit stimmt **S** / stimmt teilweise **ST** / stimmt nicht **SN**

1. Manchmal kann ich die Ohrgeräusche ignorieren, auch wenn sie da sind.
2. Ich kann keine Musik genießen wegen der Ohrgeräusche.
3. Es ist unfair, dass ich unter meinen Ohrgeräuschen zu leiden habe.
4. Ich wache in der Nacht wegen meiner Ohrgeräusche häufiger auf.
- 5.** Ich bin mir der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst.
6. Die Meinung und Einstellung zu den Ohrgeräuschen beeinflussen nicht das Quälende daran.
7. Meistens sind die Ohrgeräusche ziemlich leise.
8. Ich mache mir Sorgen, dass mich die Ohrgeräusche in einen Nervenzusammenbruch treiben.
9. Wegen der Ohrgeräusche habe ich Schwierigkeiten zu sagen, woher andere Töne kommen.
10. Die Art, wie die Ohrgeräusche klingen, ist wirklich unangenehm.
11. Ich habe den Eindruck, dass ich den Ohrgeräuschen nie entkommen kann.
12. Wegen der Ohrgeräusche wache ich morgens früher auf.
13. Ich mache mir Sorgen, ob ich jemals in der Lage sein werde, mit diesem Problem fertig zu werden.
14. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, mehreren Menschen gleichzeitig zuzuhören.
15. Die Ohrgeräusche sind die meiste Zeit laut.
- 16.** Ich mache mir wegen der Ohrgeräusche Sorgen, ob mit meinem Körper ernstlich etwas nicht in Ordnung ist.
- 17.** Wenn die Ohrgeräusche andauern, wird mein Leben nicht mehr lebenswert sein.
18. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich etwas von meinem Selbstvertrauen verloren.
19. Ich wünsche mir, jemand würde verstehen, was das überhaupt für ein Problem ist.
20. Egal was ich tue, die Ohrgeräusche lenken mich ab.
21. Es gibt nur ganz wenig, was man tun kann, um mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden.
22. Die Geräusche machen mir manchmal Ohren- und Kopfschmerzen.
23. Wenn ich mich niedergeschlagen oder pessimistisch fühle, scheint das Ohrgeräusch schlimmer zu sein.
- 24.** Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich gegenüber meiner Familie und meinen Freunden gereizter.
25. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich Muskelverspannungen an Kopf und Nacken.
26. Aufgrund der Ohrgeräusche erscheinen mir die Stimmen anderer Menschen verzerrt.
27. Es wird fürchterlich sein, wenn diese Ohrgeräusche nie weggingen.
- 28.** Ich sorge mich, dass die Ohrgeräusche meine körperliche Gesundheit schädigen könnten.
29. Das Ohrgeräusch scheint direkt durch meinen Kopf zu gehen.
30. Fast alle meine Probleme sind durch diese Ohrgeräusche bedingt.
31. Mein Hauptproblem ist der Schlaf.
32. Was mir zu schaffen macht, ist die Art und Weise darüber nachzudenken – nicht das Geräusch selbst.
33. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, einer Unterhaltung zu folgen.
- 34.** Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer, zu entspannen.
35. Oft sind meine Ohrgeräusche so schlimm, dass ich sie nicht ignorieren kann.
- 36.** Wegen der Ohrgeräusche brauche ich länger zum Einschlafen.
37. Wenn ich über die Ohrgeräusche nachdenke, werde ich manchmal sehr ärgerlich.
38. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer zu telefonieren.
- 39** Wegen der Ohrgeräusche bin ich leichter niedergeschlagen.
40. Wenn ich etwas Interessantes tue, kann ich die Ohrgeräusche vergessen.
41. Wegen der Ohrgeräusche scheint mir das Leben über den Kopf zu wachsen.
42. Ohrenbeschwerden haben mir schon immer Sorgen bereitet.
- 43.** Ich denke oft darüber nach, ob die Ohrgeräusche jemals wieder weggehen werden.
44. Ich kann mir vorstellen zu lernen, mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden.
45. Die Ohrgeräusche lassen nie nach.
46. Eine stabilere Persönlichkeit würde dieses Problem vielleicht besser akzeptieren.
47. Ich bin ein Opfer meiner Ohrgeräusche.
48. Die Ohrgeräusche haben meine Konzentration beeinträchtigt.
49. Die Ohrgeräusche sind eines der Probleme im Leben, mit denen man zu leben hat.
50. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich unfähig, Radio oder Fernsehen zu genießen.
51. Manchmal verursachen die Ohrgeräusche starke Kopfschmerzen.
52. Ich hatte schon immer einen leichten Schlaf.

Raum für ergänzende Bemerkungen: