

Tinnitus Fragebogen

Patientenname:

Vorname:

geb.Datum:

Seit wann haben Sie störende Ohrgeräusche ca. ?

Was könnte Ihrer Meinung nach als Auslöser in Betracht kommen ?

.....

Wie hört sich Ihr Tinnitus an ? (Pfeifen/ Rauschen/ Brummen/)

Gibt es irgend etwas, was Sie tun können, um das Geräusch zu verändern ?

.....

Wann stört Sie der Tinnitus am meisten ?

(morgens / abends / beim Einschlafen / bei der Arbeit)

.....

Wie laut empfinden Sie Ihr Ohrgeräusch :

0 10

(sehr leise sehr laut)

Wie häufig beeinträchtigt das Ohrgeräusch ihren Schlaf ? (immer / selten / nie)

.....

Welche Therapien / Untersuchungen haben bisher schon stattgefunden ?

.....

.....

.....