

Spørgeskema for patienter der lider af svimmelhed.

Spørgsmålene besvares med kryds i ud for valgte svar mulighed og ved uddybende tekst på linjerne.

1. Navn: _____

2. Cpr.nr.: _____

3. Dato for besvarelse af spørgeskemaet: _____

4. Aktuelle erhverv: _____

5. Har du været sygemeldt pga. svimmelhed?

Nej

Ja Hvis Ja, hvor lang tid? _____

Beskrivelse af svimmelheden:

6. Hvornår oplevede du første gang at du blev svimmel: (kan besvares med dato eller ca. for f.eks. ½ år siden)

7. Beskriv dit første svimmelhedsanfald med egne ord, uden at bruge ordet "svimmel".

Hvad er det du oplever når du føler dig svimmel.

8. Er svimmelheden konstant eller kommer den i anfald?

- Den er konstant (gå videre til spørgsmål 11)
- Den kommer i anfald
- Jeg har konstant symptomer på svimmelhed men det forværres i anfald
- Andet _____

9. Svimmelheden kommer i anfald eller forværres i anfald.

Hvor lang tid varer et typisk anfald?

- Sekunder, hvor mange sekunder? Ca. _____
- Minutter, hvor mange minutter? Ca. _____
- Timer, hvor mange timer? Ca. _____
- Dage, hvor mange dage? Ca. _____
- Uger, hvor mange uger? Ca. _____
- Andet _____

10. Hvis svimmelheden har karakter af anfald, har anfaldene så ændret sig, efter du første gang oplevede det?

- Nej
- Ja Hvis Ja, på hvilken måde har anfaldene ændret sig?

11. Har du nogle af nedennævnte symptomer i forbindelse med din svimmelhed?

- Øresusen (tinnitus)
- Hørenedsættelse
- Trykken eller prop fornemmelse i øret
- Kvalme

- Opkastninger
- Dobbeltsyn
- Hovedpine
- Føleforstyrrelser
- Kraftnedsættelse i arme eller ben
- Bevidsthedstab eller besvimelser
- Synkebesvær
- Hæshed
- Hjertebanken
- Snurren/prikkende fornemmelse i kroppen
- Sultfornemmelse
- Angst
- Smerter – Hvor? (skriv) _____
- Kramper
- Andet (skriv) _____

12. Kan din svimmelhed forværres eller blive fremprovokeret af følgende (sæt kryds i)

- Drejning af hoved eller krop (f.eks. drejer sig rundt i sengen)
- Rejse sig hurtigt op
- Stå stille i længere tid
- Hurtige hovedbevægelser
- At gå i mørke eller svag belysning
- Elevatortur
- Flyve
- Bilkørsel
- Høje lyde
- Hoste, pudse næse, nyse
- Ophold i supermarked eller på store åbne pladser

17. Har du haft hjernerystelse eller været udsat for kraftigt slag på hoved eller hals?

Nej

Ja Hvis ja, hvornår/hvad? _____

18. Lider du af nakke/ryg smerter?

Nej

Ja

19. Har du fået massage eller kiropraktorbehandling på hals, nakke eller ryg?

Nej

Ja Hvis ja, hvornår sidst? _____

20. Lider du af migræne?

Nej

Ja

Jeg har tidligere haft migræne, men det er sjældent nu

21. Lider du af depression eller nedtrykthed?

Nej

Ja Hvis ja, Får du behandling? Nej

Ja med hvad? _____

22. Lider du af forhøjet blodtryk?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

23. Lider du af hjerteproblemer?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du?

24. Lider du af dårligt kredsløb?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

25. Lider du af sukkersyge?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

26. Lider du af stofskifteproblemer?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

27. Lider du af blodmangel?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

28. Lider du af dårlig følelse i ben/fødder?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken behandling får du? _____

29. Lider du af dårligt syn?

Nej

Ja

30. Bruger du briller?

Nej

Ja

31. Har du de sidste 3 år haft en periode med langvarigt sengeleje?

Nej

Ja Hvis ja, hvornår og hvad var årsagen? _____

32. Har du haft andre sygdomme du har været i længerevarende medicinsk behandling for?

Nej

Ja Hvis ja, hvad blev du behandlet for? _____

33. Har du haft en kræftsygdom?

Nej

Ja Hvis ja, hvor havde du kræft? _____

Aktuelle forbrug af medicin, tobak og alkohol:

34. Medicin:

Skriv venligst ALT hvad du indtager af medicin, også håndkøbsmedicin og naturmedicin:

35. Tobak:

Ryger du?

Nej

Ja Hvis ja, hvor meget? _____

Har tidligere røget, men er holdt op for _____ år siden.

36. Alkoholforbrug:

Jeg har et dagligt alkoholforbrug

Nej Hvis nej, hvor mange genstande får du om ugen? _____

Ja Hvis ja, hvor mange genstande får du dagligt? _____

Tidligere undersøgelser

37. Har du tidligere været undersøgt for din svimmelhed?

Nej

- Ja Hvis ja
- Hos praktiserende læge
 - Hos øre, næse, hals læge
 - Hos neurolog
 - På sygehuset
 - På audiologisk afdeling
 - Andet sted _____

Jeg har været indlagt med svimmelhed hvor? _____

Hvornår? _____

38. Har du tidligere fået foretaget røntgen undersøgelser eller scanning af hjernen, hals eller nakke?

Nej

Ja Hvis ja, hvilken undersøgelse og hvornår? _____
