



**Praxis Stefan Datt**

[www.stefan-datt.de](http://www.stefan-datt.de)  
[www.physio-charlottenburg.de](http://www.physio-charlottenburg.de)

## Fragebogen für Tinnitus-Behandlungen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Wann begann der Tinnitus? \_\_\_\_\_
2. Ist in Ihrer Familie noch Jemand betroffen?  ja  nein
3. Gab es einen äußeren Anlass? z.B. Stress, eine schwere Erkrankung (Grippe), einen Unfall, eine Nebenhöhlenentzündung, ein Hörsturz? *(bitte zutreffendes unterstreichen)*
4. Leiden Sie an einer Grunderkrankung, Diabetes, Nieren- oder Lebererkrankung? *(bitte zutreffendes unterstreichen)*
5. Waren Sie vor der Erkrankung in fachärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja,  HNO Arzt  Orthopädie  Zahnarzt  Neurologe  Augenarzt
6. Wie nehmen Sie das Ohrgeräusch wahr, schrill, dumpf, pfeifend, pulsierend, brausend, brummend, zischend, mit wechselnder Tonhöhe, laut oder leise, im linken oder rechten Ohr oder beidseitig?  
*(bitte zutreffendes unterstreichen)*
7. Ändert sich im Laufe des Tages die Tonlage und / oder die Intensität?  ja  nein  
Wenn ja, wann ist die Intensität am stärksten? Wenn Sie zur Ruhe kommen, am Morgen, am Mittag, am Abend, in der Nacht (es hindert Sie am Einschlafen). *(bitte zutreffendes unterstreichen)*
8. Ändert sich die Tonlage und / oder Intensität bei Veränderung der Kopfhaltung?  ja  nein
9. Wurde eine Atlaswirbelkorrektur vorgenommen?  ja  nein
10. Was haben Sie an Therapie bis bisher unternommen? *(bitte zutreffendes unterstreichen)*  
Infusionstherapie (ohne / mit Erfolg) Sauerstoffüberdrucktherapie (ohne / mit Erfolg), Chiropraktik / Einrenken der Halswirbelsäure (ohne / mit Erfolg), Heilpraktikerbehandlung (ohne / mit Erfolg), laufende medikamentöse Behandlung (ohne / mit Erfolg), Entspannungstherapie (ohne / mit Erfolg), Physiotherapie (ohne / mit Erfolg), sonstige Therapie (ohne / mit Erfolg). Welche Therapie? \_\_\_\_\_
11. Wenn Sie mit einer der oben erwähnten Therapieform Erfolg hatten, wie lange hielt diese an?  
z.B. wenige Minuten, wenige Stunden, ½ Tag, ein Tag, mehrere Tage, eine Woche, mehrere Wochen
12. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Situation in Bezug auf Ihr Ohrgeräusch:  
Skala: 

schlecht	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	kein Tinnitus
----------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------
13. Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

---