

Dizziness-Handicap-Inventory (DHI)

Name: Geburtsdatum:

Testdatum:

		ja	manchmal	nein
1	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie nach oben schauen?			
2	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme frustriert oder deprimiert?			
3	Schränken Sie wegen Ihrer Probleme geschäftliche oder private Reisen ein?			
4	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie einen Gang im Supermarkt entlang gehen?			
5	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen?			
6	Schränken Sie Ihre Probleme deutlich ein, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen (z.B. auswärts essen gehen, Einladungen folgen, zu Parties gehen, ins Kino gehen, Theater oder Konzerte besuchen)?			
7	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim Lesen?			
8	Verstärken sich Ihre Probleme bei anspruchsvolleren Tätigkeiten z.B. im Sport, beim Tanzen oder Hausarbeiten?			
9	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, das Haus ohne Begleitung zu verlassen?			
10	Sind sie wegen Ihrer Probleme schon einmal in eine peinliche Situation geraten?			
11	Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Probleme?			
12	Meiden Sie die Höhe wegen Ihrer Probleme (z.B. Berge, Hochhaus, Leiter, Gerüst)?			
13	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie sich im Bett drehen?			
14	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, anstrengende Haus- oder Gartenarbeit zu erledigen?			
15	Befürchten Sie, dass andere Leute wegen Ihrer Probleme denken, sie seien betrunken?			
16	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, alleine spazieren zu gehen?			
17	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie auf einem Bürgersteig gehen?			
18	Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich zu konzentrieren?			
19	Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich im Dunkeln in Ihrer Wohnung zu bewegen?			
20	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, alleine zu Hause zu bleiben?			
21	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme behindert/eingeschränkt?			
22	Belasten Ihre Probleme die Beziehung zu Familienmitgliedern oder Freunden?			
23	Werden Sie durch Ihre Probleme beeinträchtigt, Ihre Aufgaben in Beruf oder Haushalt wahrzunehmen?			
24	Verstärkt sich Ihr Problem, wenn Sie sich nach vorne beugen?			