

Name: _____

Monat/Jahr: _____

Schwindel-/Kopfschmerztagebuch

Bitte verwenden Sie folgende Auswahlmöglichkeiten zum Ausfüllen der entsprechenden Spalten oder **kreuzen Sie die Spalten, wenn zutreffend, an:**

Art des Schwindels

S = Schwankschwindel

D = Drehschwindel

G = Gangunsicherheit

B = Benommenheitsgefühl

Stärke des Schwindels

l : leicht

m: mittel

s: stark

S: sehr stark

Auslöser

K: Kopfbewegungen

L: Lagewechsel des Kopfes

A: Aufstehen aus dem Sitzen

G: beim Gehen

x: andere: _____

	Art	Stärke	Dauer	Auslöser	Übelkeit	Erbrechen	Doppelbilder	Sehstörungen	Tinnitus	Hörminderung	Kopfschmerzen	Lichtscheu	Lärmempfindlich	Gangstörung	Weiteres
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															