

# SPØRGESKEMA VEDRØRENDE SVIMMELHED.

Navn:

CPR:

Dato for besvarelse af spørgeskema:

## BESKRIVELSE AF SVIMMELHED:

1. Hvornår oplevede du første gang, at du blev svimmel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Beskriv dit første svimmelhedsanfald med egne ord uden at bruge ordet "svimmel". Hvad er det du oplever, når du føler dig svimmel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Er svimmelheden konstant eller kommer den i anfald:

Den kommer konstant: Ja  Nej

Den kommer i anfald: Ja  Nej

4. Jeg har konstant symptomer på svimmelhed, men det forværres i anfald? Ja  Nej

Andet:

5. Hvor lang tid varer et typisk anfald?

Sekunder:

Minutter:

Timer:

Dage:

Uger:

Måneder:

6. Hvis svimmelheden har karakter af anfald, har anfaldene ændret sig i karakter efter du første gang oplevede det? Ja  Nej

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

Øresusen: Ja  Nej

Hørenedsættelse: Ja  Nej

Tryk-/propfornemmelse i øret: Ja  Nej

Kvalme: Ja  Nej

Opkastninger: Ja  Nej

Dobbeltsyn: Ja  Nej

Hovedpine: Ja  Nej

Føleforstyrrelser: Ja  Nej

Kraftnedsættelse i arme eller ben: Ja  Nej

Bevidsthedstab eller besvimelser: Ja  Nej

Synkebesvær: Ja  Nej

Hæshed: Ja  Nej

Hjertebanken: Ja  Nej

Snurren/prikken i kroppen: Ja  Nej

Sultfornemmelse: Ja  Nej

Angst: Ja  Nej

Kramper: Ja  Nej

8. Kan din svimmelhed forværres eller blive fremprovokeret af følgende:

Drejning af hoved eller krop

(f.eks. drejer sig rundt i sengen): Ja  Nej

Rejser sig hurtigt op: Ja  Nej

Står stille i længer tid: Ja  Nej

Hurtige hovedbevægelser: Ja  Nej

Går tur i mørke eller svag belysning: Ja  Nej

Elevatortur: Ja  Nej

Flyvetur: Ja  Nej

Bilkørsel: Ja  Nej

Høje lyde: Ja  Nej

Hoste, pudser næse, nyse: Ja  Nej

9. Forværres anfaldene af følgende?

- Ophold i supermarked/store åbne pladser: Ja  Nej
- Fysisk anstrengelse: Ja  Nej
- Special mad: Ja  Nej
- Varme og varmt bad: Ja  Nej
- Specielle tidspunkter på dagen/årstiderne: Ja  Nej
- Stress: Ja  Nej
- Alkohol: Ja  Nej
- Menstruation: Ja  Nej
- Dykning: Ja  Nej

**ANDRE ELLER TIDLIGERE SYGDOMME:**

10. Har du eller har du haft problemer med?

- Øreflåd: Ja  Nej
- Øresmerter: Ja  Nej
- Hørenedsættelse Ja  Nej
- Øresusen: Ja  Nej

11. Har du tidligere været opereret i øret? Ja  Nej

Hvornår?

For hvad?

12. Har du ellers fejlet noget med ørene? Ja  Nej

13. Har du tidligere haft virus på balancenerven? Ja  Nej

14. Har du haft hjernerystelse eller været udsat for kraftigt slag på hoved eller hals: Ja  Nej

15. Har du haft ryg/nakkesmerter: Ja  Nej

16. Har du fået massage eller kiropraktor-behandling på hals, nakke eller ryg? Ja  Nej

17. Lider du af migræne? Ja  Nej
- Jeg har tidligere haft migræne Ja  Nej
18. Lider du af depression eller nedtrykthed? Ja  Nej
19. Lider du af forhøjet blodtryk? Ja  Nej
20. Lider du af hjerteproblemer? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?
21. Lider du af dårligt kredsløb? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?
22. Lider du af sukkersyge? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?:
23. Lider du af stofskifteproblemer? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?
24. Lider du af blodmangel? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?
25. Lider du af dårlig følelse i ben/fødder? Ja  Nej
- Hvilken behandling får du?
26. Lider du af dårligt syn? Ja  Nej
27. Bruger du briller? Ja  Nej
28. Har du de sidste 3 år haft periode med langvarigt sengeleje? Ja  Nej
- Hvad var årsagen?

29. Har du haft andre sygdomme, du har været i medicinsk behandling for? Ja  Nej

Hvad blev du behandlet for?

30. Har du haft kræftsygdom? Ja  Nej

Hvor havde du kræft?

### AKTUELLE FORBRUG AF MEDICIN, TOBAK OG ALKOHOL:

31. Bruger du natur eller ikke recept pligtigt medicin? Ja  Nej

Hvilke?

32. Tobak:

Ryger du? Ja  Nej

Hvor meget?

Har du tidligere røget, men er holdt op? Ja  Nej

33. Alkoholforbrug:

Har du et dagligt alkoholforbrug? Ja  Nej

Hvor mange genstande dagligt?

34. Nuværende/tidligere erhverv?

35. Har du allergi? Ja  Nej

Hvis JA - For hvad?

### TIDLIGERE UNDERSØGELSER

36. Har du tidligere været undersøgt for din svimmelhed? Ja  Nej

Hvis ja: Hos praktiserende læge: Ja  Nej

Hos øre,næse,hals læge: Ja  Nej

Hos neurolog: Ja  Nej

På sygehuset: Ja  Nej

På Audiologisk Afd.: Ja  Nej

Andet sted: Ja  Nej

Jeg har været indlagt med svimmelhed hvor/hvornår:

37. Har du tidligere fået foretaget røntgen-undersøgelser eller scanning af hjerne, hals eller nakke?

Ja  Nej

Hvilken undersøgelse og hvornår?

TAK 😊