

## Spørgeskema for patienter der lider af svimmelhed.

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

1. Navn: \_\_\_\_\_

2. CPR-nr. \_\_\_\_\_

3. Dato for besvarelse af spørgeskemaet: \_\_\_\_\_

4. Aktuelle Erhverv: \_\_\_\_\_

5. Har du været sygmeldt 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. 1/2 år siden)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Beskriv dit første svimmelhedsanfald med egne ord uden at bruge ordet "svimmel".  
Hvad er det du oplever når du følger dig svimmel.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Er svimmelheden konstant eller kommer den i anfald?

Den er der konstant (gå videre til spørgsmål 11)

Den kommer i anfald

Jeg har konstant symptomer på svimmelhed med 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 ændret sig i karakter efter du første gang oplevede det?

Nej

Ja Hvis ja på hvilke måde har anfaldene ændret sig? \_\_\_\_\_

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

Øresusen (tinnitus)

Hørenedsættelse

Tykkelsen eller proppormemmelse i øret

kvalme

Opkastninger

Dobbeltsyn

Hovedpine

Føleforstyrrelser

Kraftnedsættelse i arme eller ben

Bevisthedtab eller besvimmelser

Synkebevæær

Hæshed

Hjertebanken

Snurren/prykkende 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
- Elevator tur
- Flve
- Bilkørsel
- Høje lyde
- Hoste, pudsse næse, nyse
- Ophold i supermarked eller på store åbne pladser
- Fysisk anstrengelse
- Special mad
- Varme og varmt bad
- Specielle tidspunkter på dagen/ årstidene
- Stress
- Alkohol
- Menstruation
- Dykning
- Andre faktorer?(skriv) \_\_\_\_\_

### Andre eller tidligere sygdomme

**13.** Har du eller har du haft problemer med?

- Øreflåd
- Øresmerter
- Hørenedsættelse
- Øresusen

**14.** Har du tidligere været opereret i øret?

- Nej
- Ja
- Hvis ja
- Hvornår? \_\_\_\_\_
- For hvad? \_\_\_\_\_

**15.** Har du ellers fejlet noget med ørene?

- Nej
- Ja
- Hvis ja
- Hvad? \_\_\_\_\_

**16.** Har du tidligere haft virus på balancenerven?

- Nej
- Ja
- Hvis ja
- Hvornår? \_\_\_\_\_

**17.** Har du haft hjemmerytelse 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 nedtrykkthed?

- 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 stoftskifteproblemer?

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? (saet kryds i )

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 var det og hvad var årsagen \_\_\_\_\_

**32.** Har du haft andre sygdomme du har været i længevarende 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 tager af medicin- også håndkøbsmedicin og naturmedicin.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**35.** Tobak:  
Ryger du?

Nej \_\_\_\_\_  
Ja Hvis ja Hvor meget? \_\_\_\_\_  
Har tidligere røget med er holdt op for \_\_\_\_\_ år siden. \_\_\_\_\_

**36. Alkoholforbrug:**  
Jeg har dagligt et alkohol forbrug

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? \_\_\_\_\_

---

---

---

---