



**HNO • FACHARZTPRAXIS
DR. MED. ERICH KOCH**

**PRIVATPRAXIS FÜR ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE
SCHWINDELDIAGNOSTIK + SCHWINDELTERAPIE
Casparistr. 5, 38100 Braunschweig
0531.45278, hno-facharztpraxis@web.de**

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Herzlich willkommen in meiner Praxis,
Sie begeben sich heute das erste Mal in meine Behandlung, oder waren lange nicht mehr als Patient in meiner
Praxis. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben.
Vielen Dank.

Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Mitglied Name Vorname geb.

Anschrift Straße Nr. Telefon(privat)

PLZ Ort Telefon(dienstl./gesch./Mobil)

Arbeitgeber Ort

Krankenkasse: Hausarzt:

Körpergröße: Gewicht

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein: nein ja wenn ja - welche:

Herzschrittmacher nein ja Stent Herz nein ja Stent Halsschlagader nein ja

Tragen Sie ein Hörgerät nein ja falls ja, seit wann:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen (z.B. Herz, Bluthochdruck), oder Infektionskrankheiten
(z.B.Hepatitis, TBC, HIV), wenn ja - welche:

Bereits durchgeführte HNO-Operationen - welche:

Sind Allergien bekannt - nein ja wenn ja - welche:

Schwangerschaft: nein ja wenn ja - welche Woche :

Stillen Sie z.Zt. Ihr Kind ? nein ja

Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus meiner Karteikarte/Computer im Vertretungsfall/Praxisübergabe den betreffenden Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht werden dürfen.

Ja Nein

Dürfen wir Sie ggf. an wichtige, zeitgebundene Kontrolltermine (z.B. Hörgeräteanpassung, Tumornachsorge) oder Therapien (z.B. Allergie-Immunsierungsbehandlung) erinnern?

Ja Nein

Hiermit bestätige ich auch die Richtigkeit der gemachten Angaben.



Braunschweig, den

Unterschrift Patient

Haben Sie einen Termin in meiner Einbestellsprechstunde für HNO / Osteopathie / Schwindel vereinbart, bitte ich um Einhaltung der Terminvereinbarung

Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens **24 Stunden vor dem vereinbarten Termin im Bereich HNO / Osteopathie und mindestens 3 Werktage im Bereich Schwindel telefonisch oder per E-Mail abgesagt** werden. Andernfalls wird Ihnen unabhängig von einer Begründung des kurzfristigen Ausfalls gemäß § 293 ff. BGB privat eine Ausfallpauschale in Höhe von **45 €-für Termin Sprechstunde HNO / 60€- für Termin Sprechstunde Ärztliche Osteopathie / 100€- für Termin Sprechstunde Schwindeltherapie**, in Rechnung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass Sie dieses Ausfallhonorar nicht von Ihrer Krankenversicherung erstattet bekommen.

Ich wurde heute von der HNO FACHARZTPRAXIS, PRIVATPRAXIS FÜR MANUELLE MEDIZIN, ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE + SCHWINDEL THERAPIE über diese Regelung informiert und bin damit einverstanden.



Braunschweig, den

Unterschrift Patient

Widerrufsbelehrung: Sie können die oben gemachten Einverständnisse bezüglich ihrer Daten bei uns jederzeit im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen widerrufen.

Nur bei Behandlungswunsch trotz fehlender Krankenversicherungskarte:

Ich wünsche die sofortige Behandlung.

Sofern meine fehlende/n Krankenversicherungskarte nicht im aktuellen Quartal: ___/___

von mir vorgelegt wird, wird mir die Behandlung nach GoÄ privat in Rechnung gestellt, die sonst bei vorliegender Versicherungskarte eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenkasse wäre.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



HNO • FACHARZTPRAXIS
DR. MED. ERICH KOCH
 Casparistr. 5/6, 38100 Braunschweig
 hno-facharztpraxis@web.de

PRIVATPRAXIS FÜR MANUELLE MEDIZIN
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE
 + **SCHWINDEL THERAPIE**
 0531.45278

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit ich Sie und ihre gesundheitlichen Probleme ganzheitlich einschätzen kann ist für mich ein Überblick über ihre bisherige gesundheitliche Geschichte sehr wichtig. Daher bitte ich Sie den sehr ausführlichen Fragebogen **(Vorder- und Rückseite)** auszufüllen.

Herzlichen Dank für ihre Mitarbeit.

Persönliche Angaben	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Größe:	Gewicht:

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Sind Sie empfohlen worden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie überwiesen worden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fernseh/Filmbericht NDR Visite/WDR DOC ESSER	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eigene Recherche im Internet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Spezielle Fragen zur Erkrankung

Seit wann haben Sie Schwindel / die Gleichgewichtsstörung ?

seit einigen Tagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit einigen Monaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit einigen Jahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit mehr als zehn Jahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit einem Unfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
seit einem besonderen Ereignis wenn ja, welches und wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte geben Sie an, wann die akuten Schwindelbeschwerden begonnen haben, die Sie jetzt in die Praxis geführt haben.

Seit (Datum): _____

Schwindelart (Schwankschwindel / Drehschwindel / allgemeine Unsicherheit)

Wie würden Sie Ihren Schwindel beschreiben?

Drehen (wie auf einem Karussell oder wenn man sich im Kreise dreht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Drehen nach links	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Drehen nach rechts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Drehrichtung lässt sich nicht festlegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es dreht sich im Kopf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es dreht sich die Umgebung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwanken (z.B. wie auf einem Schiff)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwanken zur Seite	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwanken nach vorne/hinten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwankrichtung lässt sich nicht festlegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es schwankt im Kopf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es schwankt der Körper	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es schwankt die Umgebung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allgemeine Unsicherheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim Stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Im Sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim aufstehen aus dem Liegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim aufstehen aus dem Sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim losgehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Bei schnellen Wendungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Bei scharfen Wendungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim hinlegen in das Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Dauer/Episoden

Ist der Schwindel bzw. die Unsicherheit permanent vorhanden oder gibt es nur einzelne Schwindelepisoden bzw. gibt es schwindelfreie Phasen?

Schwindeldauer

Der Schwindel ist permanent vorhanden (d.h. der Schwindel ist immer da (mehr oder weniger), nie weg - ausser im Schlaf)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nur episodischer Schwindel (also nur manchmal oder in bestimmten Situationen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht neben dem Schwindel eine permanente unterschwellige Unsicherheit ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Dauer der Schwindelepisoden

Wie lange dauert der Schwindel an, wenn Sie ihn haben?

Bruchteile von Sekunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Einige Sekunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
einige Minuten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
1 Stunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
mehrere Stunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
einen Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
mehrere Tage (bitte Anzahl ergänzen)	_____ Tage		

Begleitbeschwerden

Haben sie neben der Haupt-Schwindelbeschwerde noch folgende begleitende unterschwellige Beschwerden?

Übelkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Unsicherheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Benommenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Tagesverlauf

Wird die Unsicherheit im Verlaufe des Tages kleiner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird die Unsicherheit im Verlaufe des Tages größer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Unsicherheit morgens deutlich stärker als abends?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Unsicherheit abends deutlich stärker als morgens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Situation

In welcher Situation ist der Schwindel vorhanden?

Haben Sie einen Schwindel/Unsicherheit wenn sie den Kopf nach oben neigen (z.B. beim Blick steil in den Himmel)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie einen Schwindel/Unsicherheit wenn sie den Kopf nach unten neigen (beim Schuhe zu schnüren)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie diesen Schwindel/Unsicherheit, wenn sie sich ins Bett legen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie diesen Schwindel/Unsicherheit wenn sie aus dem Bett aufstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie den Schwindel/Unsicherheit wenn sie im Bett liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie den Schwindel/Unsicherheit wenn sie im Bett ruhig liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Haben Sie den Schwindel/Unsicherheit wenn sie im Bett sich auf die Seite drehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Wird der Schwindel/Unsicherheit beim liegen im Bett bei Kopfdrehung nach rechts oder nach links verstärkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Körperposition

In welcher der nachfolgend aufgeführten **Situationen** haben Sie **keinen Schwindel/ keine Unsicherheit** bzw. in welcher der aufgeführten Situationen sind die **Symptome deutlich vermindert** wenn sie gerade einen Schwindelanfall/ Unsicherheitsanfall haben

Im Stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Liegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Fallneigung

Haben Sie eine Fallneigung?

Fallneigung permanent vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallneigung episodisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallneigung nach hinten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallneigung nach vorn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallneigung zur Seite rechts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallneigung zur Seite nach links	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stürze

Sind Sie schon aufgrund des Schwindels/ der Unsicherheit gestürzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft stürzen Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pro Woche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pro Jahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gehhilfe

Benutzen Sie eine Gehhilfe?

Stock	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rollator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brauchen Sie beim gehen durch Ihre Wohnung immer die Möglichkeit, sich irgendwo abzustützen, um sich sicher zu fühlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hell/Dunkel

Tritt der Schwindel nur im Dunkeln auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Verstärkt sich der Schwindel im Dunkeln?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Fahrrad

Fahren Sie aktuell Fahrrad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Unsicherheiten beim aufsteigen auf das Fahrrad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Unsicherheiten beim absteigen vom Fahrrad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Unsicherheiten beim eigentlichen Fahrradfahren (also wenn das Fahrrad mit Ihnen schon rollt)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Auto

Fahren Sie aktuell aktiv mit dem Auto?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Sport

Treiben Sie aktuell Sport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird der Schwindel während des Sportes bzw. nach dem Sport weniger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird durch den Sport der Schwindel verstärkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Treppensteigen

Haben sie Unsicherheit beim Treppen hinauf steigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie Unsicherheit beim hinabsteigen von Treppen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grössere Unsicherheit beim Hinabsteigen von Treppen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grössere Unsicherheit beim Hinaufsteigen von Treppen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gehstrecke

Wenn sie gehen, wird dann die Unsicherheit mit zunehmender Gehstrecke größer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn sie gehen, wird die Unsicherheit mit zunehmender Gehstrecke kleiner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Urlaub/Wochenende

Wird der Schwindel im Urlaub weniger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Schwindel im Urlaub verstärkt vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird der Schwindel in der arbeitsfreien Zeit bzw. am Wochenende weniger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird der Schwindel in der arbeitsfreien Zeit bzw. am Wochenende mehr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Arbeitsplatz

Beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz

Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Rentner/in?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie Hausfrau/mann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufige Bildschirmarbeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufig sitzende Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufige gleichförmige sich wiederholende Armbewegungen am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt die Unsicherheit während der Arbeit zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Herz und Kreislauf / Orthostase

Wird Ihnen manchmal schwarz vor Augen?

Wenn Sie aufstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie sich aus dem Bett aufrichten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie vom Stuhl aufstehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Neurologische Erkrankungen

Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen bekannt oder haben Sie eine der folgenden neurologischen Erkrankungen?

Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dystonie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige (bitte Erkrankung ergänzen)		

Diverses

Haben sie regelhaft Kopfschmerzen vor dem Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie regelhaft Kopfschmerzen während des Schwindels	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie regelhaft Kopfschmerzen nach dem Schwindelanfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Probleme mit dem Sehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie nachziehende Bilder, wenn Sie den Kopf nach rechts bzw. nach links drehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen Sie morgens häufiger mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Nackenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Rückenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal ein Kribbeln bzw. ein Taubheitsgefühl in einem Arm bzw. in Teilen der Hand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie eine Zahnschiene / Aufbiss-Schiene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie eine Gleitsichtbrille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

DIZZINESS HANDICAP INDEX

Name/Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Datum: _____ vorher nachher

Schwindel-Fragebogen (dizziness handicap inventory)

Bitte kreuzen Sie das zutreffende an und beantworten jede Frage nur in Bezug auf Ihre Schwindel- oder Gleichgewichtsprobleme. Auswertung erfolgt vom Fachpersonal.

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

E _____ (36) F _____ (36) P _____ (28) TOTAL _____ (100)

HNO FACHARZTPRAXIS
DR. MED. ERICH KOCH
Casparistr. 5, 38100 Braunschweig
hno-facharztpraxis@web.de



PRIVATPRAXIS FÜR ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE
SCHWINDELDIAGNOSTIK + SCHWINDEL THERAPIE

0531.45278

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in meiner Praxis für Schwindeldiagnostik, -therapie + Ärztliche Osteopathie .

Sie leiden unter Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, ggf. ist bei Ihnen in meiner Praxis oder bereits andernorts „Schwindel“ diagnostiziert worden und jetzt soll eine differenzierte Diagnostik sowie, soweit möglich, eine Therapie ihrer Schwindelbeschwerden erfolgen.

Wie ist die Vorgehensweise ?

Um ihre Erkrankung therapieren zu können benötigt es umfassende Befragung und weiterführende Untersuchungen. Bitte bringen Sie bereits vorhandene Befunde, wie Röntgenbefunde, Blutuntersuchungen, Arztberichte, ggf. vorhandene Entlassungsbriefe von Krankenhausaufenthalten etc. mit. Falls Sie eine Aufbiss-Schiene (Zahnschiene) besitzen, bringen sie diese bitte auch mit!

Zur Eingrenzung ihrer Schwindelbeschwerden benötigen wir von Ihnen viele Informationen, wozu Sie bitte auch einen umfangreichen Fragebogen ausfüllen müssen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, den Fragebogen auszufüllen, falls Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich an meine Mitarbeiterinnen und planen Sie ausreichend Zeit vor einem Termin ein – wenn Sie Unterstützung zum Ausfüllen benötigen – und lassen Sie das uns bitte im Vorfeld wissen. Bitte senden Sie uns ihren ausgefüllten Fragebogen vor ihrem Termin zu. Danke.

Im Rahmen der ausführlichen Diagnostik wird eine Abklärung der linearen Beschleunigungssensoren des Gleichgewichtsorgans durch folgende Untersuchungen durchgeführt: eine Posturografie–Messung der Körper- Schwankungen im ruhigen Stehen - sowie eine sogenannte cVEMP (cervicale vestibuläre evozierte Potentiale). Mit einem Video-Kopf-Impulstest (VKIT) können die Bogengangsorgane in allen 3 Ebenen untersucht werden. Zusätzlich erhält man durch die oben genannten Untersuchungen auch noch Hinweise auf Schwindelursachen außerhalb des Gleichgewichtsorgans.

Nach dem umfangreichen Anamnesegespräch und vorliegenden Untersuchungsbefunden kann ich für Sie die richtige Therapie wählen, die ich dann in einem persönlichen Gespräch mit ihnen erklären kann.

Die Kosten der Untersuchung

werden ausschließlich gemäß der Gebührenordnung für Ärzte über die Private Verrechnungsstelle per Rechnung mit Ihnen abgerechnet.

Bitte rechnen Sie mit ca. €265,10 für diese diagnostische Sitzung im oben aufgeführten Umfang.
(GOÄ 857 €16,90 / GOÄ 1 €16,32 / GOÄ 832 A €21,18 / GOÄ 1259A €25,39 / GOÄ 1412A €12,20 / GOÄ 1413 VKIT 3 Bogengänge €54,06/GOÄ 1408A cVEMP-cervical vestibulär evozierte myogenePotentiale €119,05)

Private Krankenkassen erkennen die Kosten üblicherweise an, gesetzliche Krankenversicherungen leider nicht. Nicht erstattete Beträge seitens ihrer Krankenkasse berechtigen nicht zur Kürzung des Rechnungsbetrages.

Mit ihrer Unterschrift geben Sie ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung und Abrechnung im Sinne eines Behandlungsvertrages.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

Möchten Sie eine Kopie dieser Einverständniserklärung?

Ja

Nein