

Fragebogen: Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | |
|--------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Schwerhörigkeit | Taubheit | Tinnitus |
| Hörsturz | Gehörgangsentzündung | Mittelohrentzündung |
| Lagerungsschwindel | Schwankschwindel | Anfallsschwindel |
| Dauerschwindel | Cholesteatom | Verletzung des Ohres/Trommelfells |
| Morbus Menière | Sonstige: | |

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

- | | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|
| Ohrgeräusche | Gehörminderung | Gehörverlust |
| Schwankschwindel | Gleichgewichtsstörung | Geräuschempfindlichkeit |
| Drehschwindel | Taubheitsgefühl | Schmerzen |
| Übelkeit/Erbrechen | Pfropf | Ausfluss |
| Sonstige: | | |

3. Welches Ohr/Innenohr ist oder war betroffen?

rechts links beidseitig nicht genau zu lokalisieren

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

- | | |
|-----------|----------------------------|
| Unbekannt | Neurologischer Hintergrund |
| Infektion | Sonstige: |

6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Behandlung Medikamente: von: bis:

In welcher Dosierung? täglich (_____ mal am Tag) wöchentlich (_____ mal pro Woche) nach Bedarf

Physiotherapie/Manuelle Therapie Hörgerät

Gleichgewichtstraining Psychotherapie/Verhaltenstherapie (Bitte Fragebogen Psychische Erkrankungen beifügen)

Einsetzen von Paukenröhrchen Andere Therapien:

Wie oft? von: bis:

Fragebogen: Ohren- und Gleichgewichtsorganerkrankungen

B

7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine	Neurologische Untersuchung	HNO-ärztliche Untersuchung
Gleichgewichtsprüfung	Kopf-CT	Kopf-MRT
Audiogramm/Hörmesskurve:	keine Hörminderung	Hörminderung: %

Wann?
Mit welchem Ergebnis?

8. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann: Welche? Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

(Bei Befund beifügen)

10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann: Wie lange? Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Druckausgleichsstörungen)?

Ja | welche? Nein

12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienfähig gewesen?

Ja | von: bis: Ja | von: bis: Nein

13. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?

Unregelmäßige Arbeitszeiten	Stress	Lärmexposition	Arbeiten in großer Höhe	Nein
Druckexposition	Schichtdienst	Flugreisen		

14. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen? Nein

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels: Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person