

# Spørgeskema for patienter der lider af svimmelhed.

1. Navn:

2. Cpr-nr.

3. Dato for besvarelse af spørgeskemaet:

4. Aktuelle Erhverv:

5. Har du været sygemeldt 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 føler dig svimmel ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8.** Er svimmelheden der konstant eller kommer den i anfald?

Den er der konstant

Den kommer i anfald

Jeg har konstant symptomer på svimmelhed men det forværres i anfald

Andet \_\_\_\_\_

**9.** Hvis svimmelheden har karakter af at 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 så ændret sig 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

Trykken eller propforfølelse i øret

Kvalme

Opkastninger

Dobbeltsyn

Hovedpine

Føleforstyrrelser

Kraftnedsættelse i arme eller ben

Bevsthedstab eller besvimelser

Synkebevær

Hæshed

Hjertebanken

Snurren/prikkende fornemmelse i kroppen

Sultfølelse

Angst

Smerter Hvor? (skriv) \_\_\_\_\_

Kramper

Andet (skriv) \_\_\_\_\_

**12.** Kan din svimmelhed forværres eller blive fremprovokeret af følgende:

Ændring i position af hoved eller krop (f.eks. drejer sig rundt i sengen)

Rejse sig hurtigt op

Stå stille i længere tid

Hurtige hovedbevægelser

Det at skulle gå i mørke eller svag belysning

Elevator tur

Flyve

Bilkørsel

Høje lyde

Hoste, pudse næse, nyse

Ophold i supermarked eller på store åbne pladser

Ved fysisk anstrengelse

Specielt mad

Varme og varme bade

Specielle tidspunkter på dagen/ årstiderne

Stress

Alkohol

Menstruation periode (hvis relevant)

Dykning

Andre fremprovokerende faktorer?(skriv) \_\_\_\_\_

## **Andre eller tidligere sygdomme**

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

Øreflod

Øresmerte

Hørenedsættelse

Øresusen

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

Nej

Ja

Hvis ja

Hvornår? \_\_\_\_\_

For hvad? \_\_\_\_\_

**15.** Har du på anden vis fejlet noget med ørene?

Nej

Ja

Hvis ja hvad? \_\_\_\_\_

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

Nej

Ja

Hvis ja hvornår? \_\_\_\_\_

**17.** Har du haft hjernerystelse eller været udsat for kraftig 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 nedtrykthed?

Nej      Ja      Hvis ja, får du behandling? \_\_\_\_\_

**22.** Lider du af forhøjet blodtryk?

Nej      Ja      Hvis ja, får du behandling? \_\_\_\_\_

**23.** Lider du af hjerteproblemer?

Nej      Ja      Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_

**24.** Lider du af dårligt kredsløb?

Nej      Ja      Hvis ja, får du behandling? \_\_\_\_\_

**25.** Lider du af sukkersyge?

Nej      Ja      Hvis ja, hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**26.** Lider du af stofskifte problemer ?

Nej      Ja      Hvis ja, får du medicinsk behandling? \_\_\_\_\_

**27.** Lider du af blodmangel?

Nej      Ja      Hvis ja, får du medicinsk behandling? \_\_\_\_\_

**28.** Lider du af dårlig følelse i ben/fødder?

Nej      Ja      Hvis ja, får du medicinsk behandling? \_\_\_\_\_

**29.** Lider du af dårligt syn?

Nej      Ja

**30.** Bruger du briller?

Nej      Ja

**31.** Har du haft en periode med langvarigt sengeleje?

Nej      Ja      Hvis ja, hvornår var det? \_\_\_\_\_

**32.** Har du haft andre sygdomme du har været i længerevarende medicinsk behandling for?

Nej      Ja      Hvis ja, hvad har du været i behandling for? \_\_\_\_\_

**33.** Har du tidligere 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? \_\_\_\_\_  
Jeg har tidligere røget med er holdt op i år \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

Og hvornår? \_\_\_\_\_

**38. Har du tidligere fået foretaget undersøgelser af hjernen på røngtenafdelingen her tænkes der på MR/CT scanning af hjernen, hals, nakke ?**

Nej      Ja      Hvis ja, hvilken undersøgelse og hvornår? \_\_\_\_\_

---

---

---