



ENGLISCH/ENGLISH

10. Störung der Sinneswahrnehmung *- disruption of sensory perception*

Deutsch

English

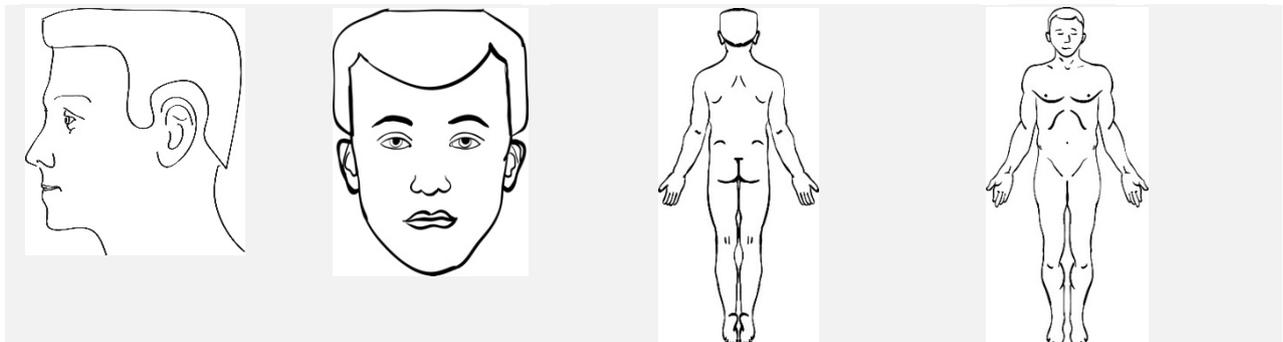
		JA/ YES	NEIN/ NO
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	<i>I got injured or had an accident.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	<i>I have known back problems/ spinal issues.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	<i>I already had a slipped/herniated disc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	<i>I have a diagnosed neural disease.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<i>Multiple sclerosis.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	<i>I have a tumorous disease affecting the nervous system</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	<i>I already suffered a stroke.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	<i>Numbness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

If so:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

Please mark the symptoms' location.



Ja/ Yes Nein/ No

Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	<i>My perception differs in both halves of the body</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------



Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

Since when do you feel the
disruption?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

ein paar Stunden

A few hours

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than 1 week

1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

schleichend

Creeping

plötzlich

suddenly

durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident

LÄHMUNG

PARALYSIS/PALSY

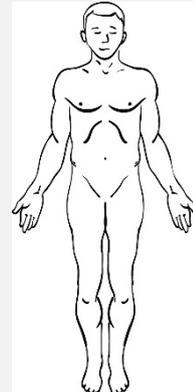
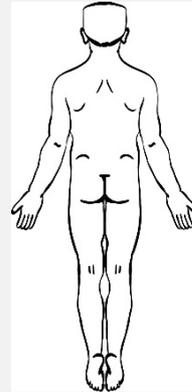
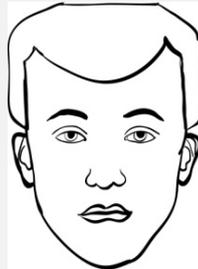
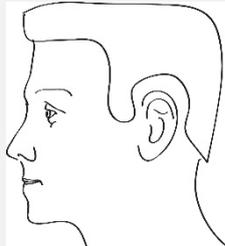


Wenn ja:

If so:

Welche Körperregionen sind
betroffen? Bitte einzeichnen.

*Please mark the
symptoms' location.*



Ja/ Yes Nein/ No

Meine aktuellen Beschwerden
beschränken sich nur auf eine
Körperhälfte.

*My current disruption is limited
to one half of my body*





Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES
AN.** *PLEASE MARK THE RELEVANT.*

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>A few hours</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <i>1 day</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>2 to 6 days</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>More than 1 week</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 month</i> |

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Creeping</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>suddenly</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>caused by an injury/ an accident</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Triggered by a different incident</i> |

JA/ YES **NEIN/
NO**

Mir ist schwindelig.	I am dizzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	------------	--------------------------	--------------------------

Kribbeln

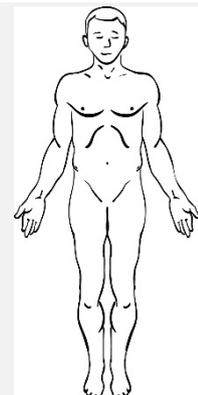
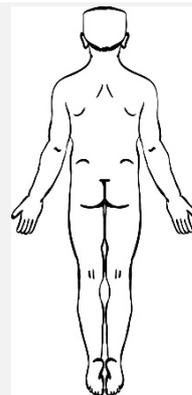
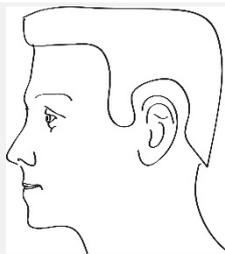
Prickle

Wenn ja:

If so:

Welche Körperregionen sind
betroffen? Bitte einzeichnen.

*Please mark the
symptoms' location.*



Ja/ Yes **Nein/ No**

Meine aktuellen Beschwerden
beschränken sich nur auf eine
Körperhälfte.

*The disruption is limited to one
half of my body*

|

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*



BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

PLEASE MARK THE RELEVANT.

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>A few hours</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <i>1 day</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>2 to 6 days</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>More than 1 week</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 month</i> |

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Creeping</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>suddenly</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>caused by an injury/ an accident</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Triggered by a different incident</i> |

Welche Qualität haben die
Beschwerden?

How do you describe the quality of the disruption

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zunehmend | <i>increasing</i> |
| <input type="checkbox"/> konstant | <i>constant</i> |
| <input type="checkbox"/> abnehmend | <i>decreasing</i> |
| <input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer | <i>Varying, sometimes more, sometimes less intense</i> |
| <input type="checkbox"/> wandernd | <i>Changing its location</i> |
| <input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend | <i>Under mechanic pressure more intense</i> |
| <input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege | <i>Getting less intense when I am moving</i> |
| <input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege | <i>Getting more intense when I am moving</i> |



JA/ YES NEIN/NO

Kraftverlust

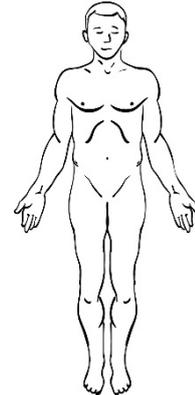
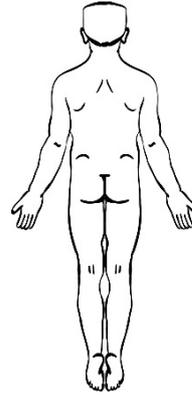
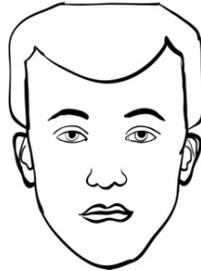
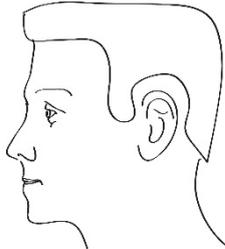
Loss of power

WENN JA:

IF SO:

Welche Körperregionen sind
betroffen?

Please mark the symptoms' location.



Meine aktuellen Beschwerden
beschränken sich nur auf eine
Körperhälfte.

*The Current disruption is
limited to one side of the body*

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

ein paar Stunden

A few hours

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than 1 week

1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

schleichend

Creeping

plötzlich

suddenly

durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident



JA/ YES NEIN/NO

Verlust des Geschmackssinnes	<i>loss of taste perception</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Since when do you feel the disruption?</i>		
--------------------------------------	---	--	--

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Please mark the relevant.*

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>A few hours</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <i>1 day</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>2 to 6 days</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>More than 1 week</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 month</i> |

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *How did the disruption set in?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Creeping</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>suddenly</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>caused by an injury/ an accident</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Triggered by a different incident</i> |

JA/ YES NEIN/NO

Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.	<i>I do not taste anything.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	<i>I cannot differentiate between a cold and a hot perception</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------

Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen: *I cannot taste the following flavor*

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <i>Sweet</i> |
| <input type="checkbox"/> sauer | <i>Sour</i> |
| <input type="checkbox"/> salzig | <i>Salty</i> |
| <input type="checkbox"/> bitter | <i>bitter</i> |
| <input type="checkbox"/> scharf | <i>spicy</i> |



JA/ YES NEIN/NO

Mein Gehör hat sich
verschlechtert.

*My auditive perception got
worse.*

Wenn ja:

If so:

beide Ohren

On both ears

nur ein Ohr

Only on one ear

JA/ YES NEIN/NO

Ich höre nichts mehr.

I do not hear anything

Wenn ja:

If so:

beide Ohren

On both ears

nur ein Ohr

Just on one ear

JA/ YES NEIN/NO

Mir ist schwindelig.

I am dizzy.

Ich habe Ohrenschmerzen.

I have pain in my ears.

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

ein paar Stunden

A few hours

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than 1 week

1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

schleichend

Creeping

plötzlich

suddenly

durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident

JA/ YES NEIN/NO

Ich habe neu aufgetretene
Sehstörungen.

*I experience sight disorders
which I did not have before*



Wenn ja:	If so:	JA/ YES	NEIN/NO
<input type="checkbox"/> einseitig	<i>One side</i>		
<input type="checkbox"/> beidseitig	<i>Both sides</i>		
Ich sehe verschwommen/unscharf.	<i>I see fuzy.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	<i>I have trouble seeing things nearby.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	<i>I have trouble seeing things far away.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	<i>I see double images.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	<i>My sight is very limited to the sides.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	<i>I cannot differenciate between colours anymore.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	<i>I feel dizzy.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Since when do you feel the disruption? Please mark the relevant.</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>A few hours</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 day</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>2 to 6 days</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>More than 1 week</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 month</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>How did the disruption set in?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Creeping</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>suddenly</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>caused by an injury/ an accident</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Triggered by a different incident</i>		
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	<i>I lost my olfaction/ sense of smell.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	<i>My perception of smell got worse.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen. *I only smell spicy and unpleasant smells.*

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Since when do you feel the disruption?
Please mark the relevant.*

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>A few hours</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <i>1 day</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>2 to 6 days</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>More than 1 week</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 month</i> |

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *How did the disruption set in?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Creeping</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>suddenly</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/ einen Unfall | <i>caused by an injury/ an accident</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Triggered by a different incident</i> |