



ENGLISCH/ENGLISH

7. Schwindel/Ohnmacht

- dizziness/unconsciousness

SEIT WANN IST IHNEN SCHWINDELIG?

SINCE WHEN DO YOU FEEL DIZZY?

ein paar Stunden

A few hours

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than one week

1 Monat

1 month

Wann tritt der Schwindel auf?

When does the dizziness mainly occur?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant

Wenn ich meinen Kopf drehe.

When I turn my head

Wenn ich liege.

When I am lying down

Wenn ich aus dem Liegen oder Sitzen
aufstehe.

When I get from sitting or lying down

Wenn ich mich bücke.

When I bend down

Ja/ Yes Nein/ No

Mir ist übel, oder ich musste mich
übergeben.

I feel sick or had to throw up.

Hat sich Ihr Gehör verschlechtert?

Do you hear worse than usual?

Haben Sie Ohrgeräusche, die Sie
früher nicht hatten?

*Do have ear sounds, which you
did not have before*

Wenn ja:

If so:

linkes Ohr

Left ear

rechtes Ohr

Right ear

Haben Sie sich übergeben?

Did you throw up?

Sind Sie ohnmächtig geworden?

Did you lose consciousness

Wenn ja, wie häufig sind Sie in den letzten Tagen ohnmächtig geworden?
If so, how often did you lose consciousness

einmal

once



<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	<i>One to three times</i>		
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	<i>More than 3 times</i>		
Hatten Sie Herzrasen, als Sie ohnmächtig geworden sind?	<i>Did you feel your heart racing losing consciousness?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Ohrrauschen, bevor Sie ohnmächtig geworden sind?	<i>Did you experience ear sounds losing consciousness?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie wechselnde Hitze- und Kälteempfindungen, bevor Sie ohnmächtig geworden sind?	<i>Did your heat and cold perception vary a lot before you lost consciousness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>