

# Spørgeskema for patienter der lider af svimmelhed.

Spørgsmålene besvares med kryds i  ud for valgte svar mulighed og ved uddybende tekst på linierne.

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 konstant eller kommer den i anfald?

- Den er der konstant (gå videre til spørgsmål 11)
- Den kommer i anfald
- Jeg har konstant symptomer på svimmelhed med det forværres i anfald
- Andet \_\_\_\_\_

**9.** Svimmelheden 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 ændret sig i karakter 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 propfornemmelse i øret
- Kvalme
- Opkastninger
- Dobbeltsyn
- Hovedpine
- Føleforstyrrelser
- Kraftnedsættelse i arme eller ben
- Bevisthedtab eller besvimelser
- Synkebevær
- Hæshed
- Hjertebanken
- Snurren/prikkende fornemmelse i kroppen
- Sultfornemmelse
- Angst
- Smerter Hvor? (skriv) \_\_\_\_\_
- Kramper
- Andet (skriv) \_\_\_\_\_

**12.** Kan din svimmelhed forværres eller blive fremprovokeret af følgende (sæt kryds i )

- Drejning af hoved eller krop (f.eks. drejer sig rundt i sengen)
- Rejse sig hurtigt op
- Stå stille i længere tid
- Hurtige hovedbevægelser
- At gå i mørke eller svag belysning
- Elevator tur
- Flyve
- Bilkørsel
- Høje lyde
- Hoste, pudse næse, nyse
- Ophold i supermarked eller på store åbne pladser
- Fysisk anstrengelse
- Speciel mad
- Varme og varmt bad
- Specielle tidspunkter på dagen/ årstiderne
- Stress
- Alkohol
- Menstruation
- Dykning
- Andre faktorer?(skriv)\_\_\_\_\_

## **Andre eller tidligere sygdomme**

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

- Øreflåd
- Øresmerte
- Hørenedsættelse
- Øresusen

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

- Nej
- Ja      Hvis ja      Hvornår? \_\_\_\_\_  
For hvad? \_\_\_\_\_

**15.** Har du ellers fejlet noget med ørene?

- Nej
- Ja      Hvis ja      Hvad? \_\_\_\_\_

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

Nej

Ja      Hvis ja      Hvornår? \_\_\_\_\_

**17.** Har du haft hjernerystelse eller været udsat for kraftigt 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?       Nej  
 Ja      Med hvad? \_\_\_\_\_

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

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**23.** Lider du af hjerteproblemer?

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**24.** Lider du af dårligt kredsløb?

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**25.** Lider du af sukkersyge?

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**26.** Lider du af stofskifteproblemer?

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**27.** Lider du af blodmangel?

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**28.** Lider du af dårlig følelse i ben/fødder? (sæt kryds i  )

Nej

Ja      Hvis ja      Hvilken behandling får du? \_\_\_\_\_

**29.** Lider du af dårligt syn?

Nej

Ja

**30.** Bruger du briller?

Nej

Ja

**31.** Har du de sidste 3 år haft en periode med langvarigt sengeleje?

Nej

Ja      Hvis ja      hvornår var det og hvad var årsagen \_\_\_\_\_

---

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

Nej

Ja Hvis ja hvad blev du behandlet for? \_\_\_\_\_

**33.** Har du 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? \_\_\_\_\_

Har tidligere røget med er holdt op for \_\_\_\_\_ år siden.

**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? \_\_\_\_\_  
hvornår? \_\_\_\_\_

**38. Har du tidligere fået foretaget røngten undersøgelser eller scanning af hjernen, hals eller nakke?**

- Nej
- Ja        Hvis ja        Hvilken undersøgelse og hvornår? \_\_\_\_\_

---

---

---