Formular drucken

Schwindeltagebuch

Monat/Jahr: ..... / .....

Bitte bringen Sie dieses Tagebuch beim nächsten Arztbesuch mit!

Datum	**Uhrzeit/Dauer der Schwindelattacke**		**Wie stark war diese Schwindelattacke?** Bitte ankreuzen			**Wie hat sich der Schwindel geäußert?** z.B. Benommenheit, Gangunsicherheit, Wackeligkeits-, Dreh-, Schwankschwindel	**Was war der Auslöser?** z.B. Kopfbewegung, Aufstehen, Treppengehen	**Welche sonstigen Beschwerden hatten Sie?** z.B. Übelkeit, Sehstörungen, Atemnot
	Uhrzeit	Dauer (in Min.)	leicht	mittel	stark			

Mit freundlicher Unterstützung von Vertigoheel