Schwindeltagebuch

EQUIVert
Eine Marke von GED

Datum	Uhrzeit	Art des Schwindels (siehe Tabelle 1)	Dauer des Schwindels (Std:Min:Sek)	Stärke des Schwindels leicht	mittel	stark	Auslöser (siehe Tabelle 2)	Begleitende Beschwerden (siehe Tabelle 3)	Eigene Therapie (siehe Tabelle 4)	Weitere Angaben (Blutzucker, -druck, Medikamente, etc.)

1. Art des Schwindels

S: Schwankschwindel
D: Drehschwindel
L: Liftschwindel
G: Gangunsicherheit
B: Benommenheitsschwindel

2. Auslöser

1. Aufstehen
2. Kopfbewegungen
3. Lagewechsel
4. Gehen
5. Situativ (ungewohnte Umgebung, Nervosität, etc.)
6. Visuell (grelles/ flackerndes Licht, etc.)
7. Husten, pressen, niesen
8. Andere _____

3. Begleitende Beschwerden

Ü: Übelkeit
E: Erbrechen
K: Kopfschmerzen
D: Doppelbilder
X: Sehstörungen
S: Sturz/ Sturzneigung (bzw. Beinahe-Sturz)
H: Hörminderung
T: Tinnitus
O: Ohrdruck
L: Licht-/ Lärmempfindlichkeit
A: Andere _____

4. Eigene Therapie

1. Medikamente (bitte angeben)
2. Lagerungsmanöver
3. Ruhe
4. Krankengymnastik
5. Andere _____