**Otoneurológiai kérdőív első vizsgálat előtt**

Kérjük, töltse ki az első vizsgálat előtt! Adatait bizalmasan kezeljük, mással nem osztjuk meg.

Név:

1. **Szédülésre vonatkozó kérdések:**

I. Mióta szédül?

1. Napok
2. hetek
3. hónapok
4. évek

II. Köti-e valamilyen eseményhez?

1. igen
2. nem

III. Milyen az időbeli lefolyása?

1. Visszatérő

2. folyamatos

IV. Mennyi ideig tart?

1. másodpercek

2. percek

3. órák

4.napok

5. egyéb

V. Van-e provokáló tényező?

1. testhelyzetváltoztatás

2. fizikai aktivitás

3. időjárásváltozás

4. menzesz

5. alkoholfogyasztás

VI. Napszaki ingadozás van-e? 1.

1. igen
2. nem

VII.Egy helyben is szédül?

1. igen
2. nem

VIII. Sportolni, sétálni tud-e?

1. igen
2. nem

IX. Kísérő tünete van-e a szédülés idején, azzal együtt:

1.hányinger, 2.hányás, 3.fejfájás, 4.látászavar, 5. halláscsökkenés, 6. füldugulás, 7. fülzúgás, 8. fejfájás, 9. járászavar, 10. szívdobogás érzés, 11. szapora légzés?

X. Milyen kivizsgálások történtek a szédüléssel kapcsolatban?

1. háziorvos 2. labor 3. ideggyógyászat 4. audiológia 5. CT 6. MR 7. carotis duplex UH 8. kardiológia 9. szemészet 10. reumatológia 11. egyéb:

1. **Általános egészségi állapot:**

- Állandó gyógyszerei:

- Gyógyszerérzékenység:

- Krónikus betegségei:

- Fülészeti betegség, műtét?

- Koponya- vagy nyaki trauma?

- Rendszeres fejfájás? Migrénes?

- Kullancscsípés?