

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Diagnose: _____

DHI Dizziness Handicap Inventory
Fragebogen für Schwindelpatienten

Erhebungszeitpunkt: Erstbefund <input type="checkbox"/> / Zwischenbefund <input type="checkbox"/> / Endbefund <input type="checkbox"/> / Datum →		ja (4 Punkte)	zeitweise (2 Punkte)	nein (0 Punkte)
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:				
1	Haben Sie beim Nachoberschauen vermehrt Schwindelprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verstärken sich Ihre Beschwerden, wenn Sie auf einer unebenen Oberfläche laufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Verstärken sich Ihre Beschwerden bei schnellen oder anspruchsvolleren Bewegungen, wie z.B. beim Sport, Tanzen, Hausarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Schwindelbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie beim Drehen im Bett verstärkt Schwindelbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6*	Verstärken sich Ihre Schwindelbeschwerden beim gehen auf Bürgersteigen an dicht befahrenen Straßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Verstärken Nickbewegungen des Kopfes oder Überkopparbeiten Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8*	Müssen Sie sich in Ihrem Berufsleben aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie beim Lagewechsel (Aufstehen, Hinlegen) verstärkt Schwindelbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden im sozialen Leben eingeschränkt (Kinobesuch, Essen gehen, Tanzen gehen, Besuch von Festen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Haben Sie beim Lesen verstärkt Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vermeiden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden größere Höhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sind für Sie anstrengende Arbeiten (Haushalt oder Garten) schwer oder unmöglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ist es für Sie schwer, aufgrund Ihrer Beschwerden alleine außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ist es für Sie schwer, aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden im Dunkeln zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Haben Ihre Schwindelbeschwerden Einfluss auf Ihren Verantwortungsbereich im Beruf oder im Haushalt (Beschränkung auf bestimmte Tätigkeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden zeitweise frustriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Haben Sie Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ist es Ihnen peinlich, wenn andere Personen Ihre Schwindelbeschwerden bzw. Unsicherheit bemerken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Haben Sie Angst davor, jemand könnte Sie für betrunken halten, wenn er Ihre Unsicherheit oder Ihr Schwanken beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21*	Haben Sie aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie Angst, wegen Ihrer Beschwerden immer allein zu Hause sein zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Fühlen Sie sich behindert aufgrund Ihrer Schwindelbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden mit Ihrem Partner oder der Familie bzw. Freunden schon Ärger gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Beschwerden depressiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilergebnis:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamtergebnis:		<input type="text"/>		

- Physical Subscale
- Functional Subscale
- Emotional Subscale

*Frage mit dem höchsten
Korrelationskoeffizienten
in einer Fragegruppe