



Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Prof. Dr. med. Th. Lenarz

Name:

Datum:

Vorname: geb.:

Aud.-Ass:

ANAMNESE – Gutachten (Stand 06/07)

1. Waren Vater oder Mutter in jungen Jahren schwerhörig? nein ja

2. Wie viele Geschwister haben Sie? ♂ _____ ♀ _____
- ist jemand davon schwerhörig? ♂ _____ ♀ _____ nein ja

3. Wie viele Kinder haben Sie? ♂ _____ ♀ _____
- ist eines davon schwerhörig? ♂ _____ ♀ _____ nein ja

4. Sind sonst Schwerhörige in Ihrer Verwandtschaft? nein ja
- welche _____

5. Hatten Sie schon einmal Mittelohrentzündung? nein ja
- wann _____ - auf welcher Seite _____
- wie oft _____ - wie lange _____

6. Wurden Sie am Ohr operiert? nein ja
- wann _____ - auf welcher Seite _____
- welche Operation _____

7. Hatten Sie besondere Infektionskrankheiten? nein ja
(1) Typhus (2) Fleckfieber (3) Scharlach (4) Diphtherie
(5) Geschlechtskrankheiten (6) TBC (7) Nierenerkrankung

zu () mit Ohrbeteiligung nein ja
wann _____ wie lange im Krankenhaus _____
Streptomycin, Gentamycin, Kanamycin, Lasix o.ä.? nein ja

zu () mit Ohrbeteiligung nein ja
wann _____ wie lange im Krankenhaus _____
Streptomycin, Gentamycin, Kanamycin, Lasix o.ä.? nein ja

8. Hatten Sie einen Kopfunfall? nein | ja
mit Bewusstlosigkeit, Gehirnerschütterung, Beteiligung der HWS
wann _____ wie lange bewusstlos _____
wie lange im Krankenhaus _____
welche Folgen _____

Bluten aus den Ohren? nein | ja

Danach Schwerhörigkeit bemerkt? nein | ja

- auf welcher Seite _____ wann _____
- ist eine Schwerhörigkeit geblieben? nein | ja

9. Wann waren Sie Soldat (einschl. Gefangenschaft)? _____
- bei welcher Waffengattung _____
- wurden Sie verwundet wann _____ nein | ja
- welcher Art _____
- welche Folgen, insb. Schwerhörigkeit _____

10. Hatten Sie eine Knall- oder Explosionsunfall? nein | ja
- wie lange fühlten Sie sich vertäubt? _____
- auf welcher Seite _____
- ist eine Schwerhörigkeit geblieben? nein | ja

Wann zuletzt im Lärm?

11. Beruflicher Werdegang

Schulabschluss _____

		Lärm		nein	ja
Lehre als _____	von _____	bis _____			
Tätigkeit als _____	von _____	bis _____			
als _____	von _____	bis _____			
als _____	von _____	bis _____			
als _____	von _____	bis _____			
als _____	von _____	bis _____			

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt im Lärm gearbeitet? _____

Wie viele Stunden täglich? _____

Wodurch entstand der Lärm? _____

Haben Sie Gehörschützer getragen?

(1) Hörschutzwatte (2) Stöpsel (3) Kapseln (4) Helm

nein ja

(1) von _____ bis _____ ; regelmäßig	ja	nein
(2) von _____ bis _____ ; regelmäßig		
(3) von _____ bis _____ ; regelmäßig		
(4) von _____ bis _____ ; regelmäßig		

12. Fühlen Sie sich schwerhörig?

- seit wann _____ auf welcher Seite _____

- wer hat die Schwerhörigkeit wahrgenommen? _____

nein ja

Subjektiv

normalhörig bis 19

19

19

20

taub seit

Zeitgang der Hörverschlechterung für
re. Ohr rot, li. Ohr blau

Wie entstand Ihre Schwerhörigkeit?

- plötzlich - gleichmäßig zunehmend - schubweise zunehmend -

Wann wurde die erste Hörprüfung gemacht? _____

Wie war der Verlauf der Schwerhörigkeit nach Beendigung der Lärmarbeit?

Kein Fortschreiten Progredienz

- | | | | |
|-----|--|---------------------------------|--------------|
| 13. | Tragen Sie ein Hörgerät?
Möchten Sie eins haben? | Seit wann _____
nein
nein | ja
ja |
| 14. | Fühlen Sie sich hörbehindert?
- Bei der Unterhaltung mit mehreren - im Einzelgespräch
- Welche Geräusche finden Sie unangenehm laut?
<input type="checkbox"/> Eisenbahn <input type="checkbox"/> Arbeitslärm <input type="checkbox"/> Waschmaschine <input type="checkbox"/> Lärm durch Kinder
<input type="checkbox"/> Klassische Musik <input type="checkbox"/> Pop-Musik <input type="checkbox"/> Musik durch andere Leute
<input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Normale Sprache <input type="checkbox"/> Türen schließen <input type="checkbox"/> Stimmengewirr
<input type="checkbox"/> Straßenverkehr, Bremsen <input type="checkbox"/> Küche (Besteckklirren, Geschirr)
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____ | nein | ja |
| 15. | Leiden Sie unter Ohrgeräuschen?
- auf welcher Seite _____ seit wann _____
- nur nach der Arbeit - unregelmäßig - immer
- Sekundärsymptome
Welcher Art ist das Ohrgeräusch? gleich bleibend - pulsierend
- hell oder dunkel Ton - Rauschen - Summen
- Verlauf nach Beendigung der Lärmarbeit _____ | nein | ja |
| 16. | Leiden Sie unter Schwindel?
- seit wann _____ mit Übelkeit oder Erbrechen
Welcher Art ist der Schwindel?
- Ohnmachtsähnlich - Drehempfindung wie im Karussell -
- Schwarzwerden vor den Augen -
- anfallsartig (für Sekunden - Minuten - Stunden)
- nur bei bestimmter Kopf- oder Körperhaltung
- oder dauernd unsicher - | nein | ja |
| 17. | Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen?
- Stirn - Scheitel - Schläfen - Hinterkopf - | nein | ja |
| 18. | Ist Ihr Blutdruck zu hoch?
zu niedrig? | weiß nicht
weiß nicht | nein
nein |
| 19. | Sind Sie herzkrank?
- seit wann _____ Medikamente | | |
| 20. | Sind Sie zuckerkrank?
- seit wann _____ - Diät - Medikamente | nein | ja |
| 21. | Rauchen Sie?
- wie viel _____ Zigaretten - Zigarren - Pfeifen pro Tag
Trinken Sie viel Alkohol?
- wie viel _____ Fl. Bier - Schnaps - Wein pro Tag | nein | ja |