

Ja

Nein

1. Hörminderung

Ich habe keine Hörminderung

Ich habe eine leichte Hörminderung

Ich habe eine mittlere oder starke Hörminderung

Ich habe nie Probleme beim Hören

Ich habe kein Hörgerät

Ich benutze ein Hörgerät

für mein rechtes Ohr

für mein linkes Ohr

2. Mein Tinnitus ist im

rechten Ohr

linken Ohr

in beiden Ohren

in meinem Kopf

3. Mein Tinnitus ist

pfeifend

klingelnd

summend

dröhnend

pulsierend

anders

4. Mein Tinnitus ist

leise

laut

von mäßiger Stärke

5. Mein Tinnitus ist

lauter im rechten Ohr

lauter im linken Ohr

in beiden Ohren gleich laut

6. Ich höre meinen Tinnitus

immer

manchmal

7. Ich vermute, dass mein Tinnitus verursacht sein könnte durch

Hörsturz

Schwerhörigkeit

lärmbedingte Hörstörung (Knalltrauma)

Unfall, Verletzung

Ohrenentzündung

Ja

Nein

8. Ich salze mein Essen

gar nicht

gelegentlich

häufig

9. Ich trinke Kaffee/Tee

gar nicht

gelegentlich

häufig

10. Ich nehme folgende Medikamente ein

Schlaftabletten

Antidepressiva

Blutdruckmedikamente

andere:

11. Mein Tinnitus wird verschlimmert durch

emotionalen Stress

körperliche Arbeit

Zähnefletschen

Änderung der Kopfhaltung

12. Mein Tinnitus hindert mich am Schlafen

ja

nein

manchmal

13. Mein Tinnitus hat negative Auswirkungen auf mein allgemeines Wohlbefinden

keine

leichte

mäßige

katastrophale