



Universitätsklinikum Düsseldorf - Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)

TINNITUS – DOKUMENTATION mittels Visueller Analog-Skala (VAS)

Name: _____

Datum: ____ . ____ . ____

Vorname: _____

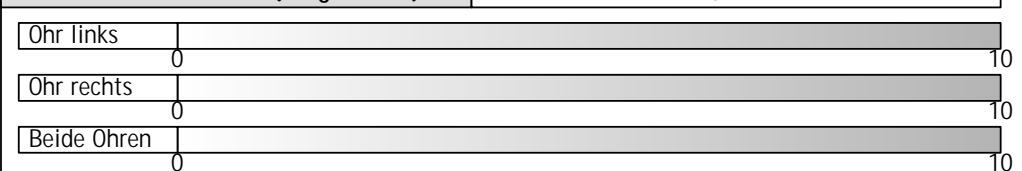
Geb.Dat.: ____ . ____ . ____

Zeit: ____ . ____ Uhr

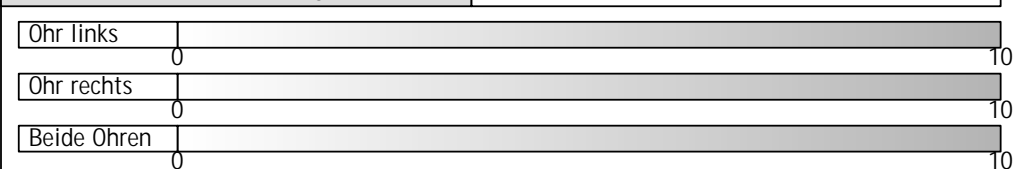
Ausfüllhinweise

Bitte geben Sie nachfolgend Ihre Empfindung hinsichtlich Ihres Tinnitus (Ohrgeräusch) mittels Eintrags eines „X“ auf den Balken wieder.
 0 bedeutet: Bei Lautstärke: Kein Geräusch hörbar. Bei Belastung: Keine. Bei Schlafstörung: keine. Bei Charakter: nicht störend.
 10 bedeutet: Bei Lautstärke: Lauteste für Sie vorstellbare. Bei Belastung: Schwerste. Bei Schlafstörung: Schlaflosigkeit. Bei Charakter: Schlimmste vorstellbare Störung.
 Bestimmen Sie bitte mittels eines „X“, in welchem Zeitraum der Tinnitus (Ohrgeräusch) am stärksten (maximal) oder am schwächsten (minimal) war: 24, 48, 72 oder 96 Stunden.

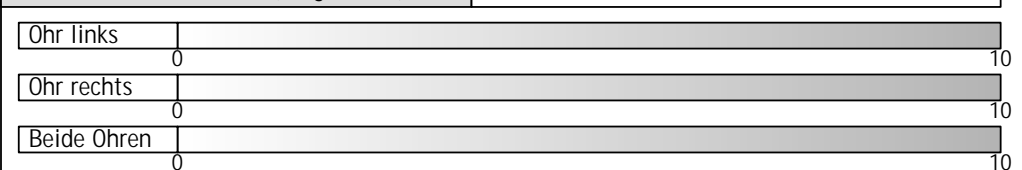
Lautstärke des Tinnitus (Ohrgeräusch) JETZT / AKTUELL



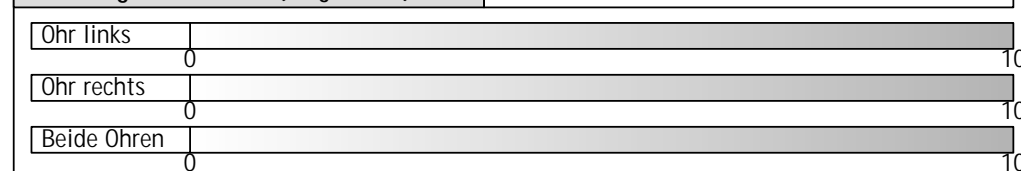
Lautstärke des Tinnitus (Ohrgeräusch) MAXIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



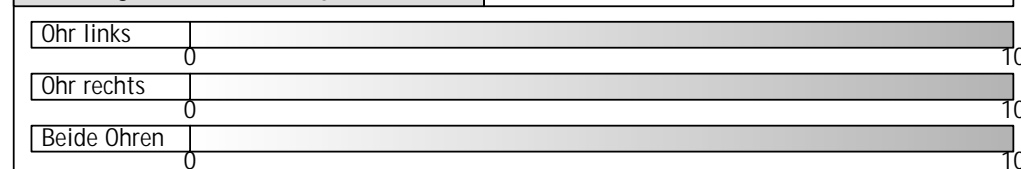
Lautstärke des Tinnitus (Ohrgeräusch) MINIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



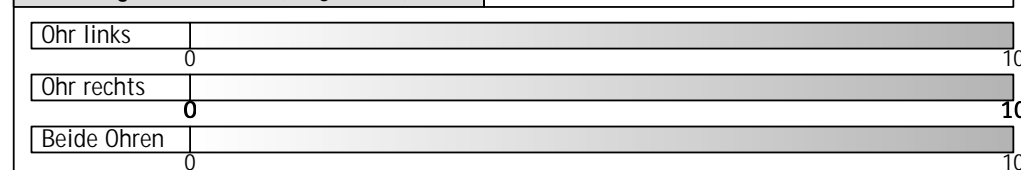
Belastung mit Tinnitus (Ohrgeräusch) JETZT / AKTUELL



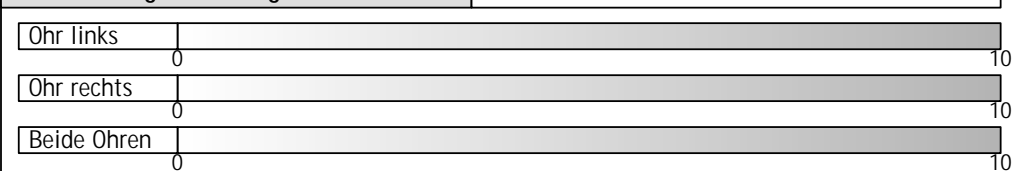
Belastung mit Tinnitus (Ohrgeräusch) MAXIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



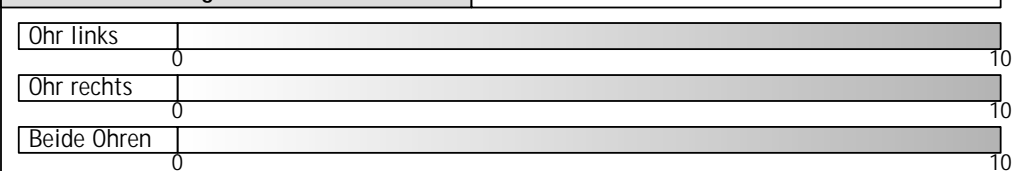
Belastung mit Tinnitus (Ohrgeräusch) MINIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



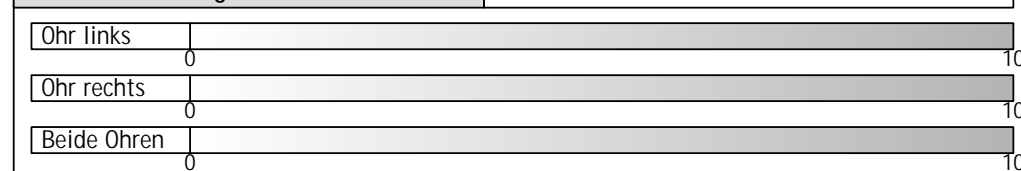
Schlafstörung durch Ohrgeräusch MINIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



Charakter des Ohrgeräusches AKTUELL / JETZT



Charakter des Ohrgeräusches MINIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.



Charakter des Ohrgeräusches MAXIMUM in 24 [], 48 [], 72 [], 96 [] Std.

