



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