

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!**

Wir führen eine Befragung zum Thema Hörsturz durch. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, mehr über die Ursachen von Hörsturz herauszufinden sowie unsere Behandlungsmethoden zu überprüfen und zu verbessern.

Wir bitten Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Antworten Sie einfach spontan, ohne lange Nachzudenken, indem Sie die vorgegebenen Kategorien ankreuzen:

ja nein

Es geht um allgemeine Fragen sowie um Ihre Beschwerden und Ihr Wohlbefinden.

Bitte lassen Sie keine Frage aus – bei eventuellen Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir erlauben uns, Ihnen einen weiteren Fragebogen (sehr viel kürzer) am Tag Ihrer Entlassung sowie am Tag Ihrer ambulanten Kontrolle vorzulegen.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt!

Wir danken herzlich für Ihre Mitwirkung!

Bitte geben Sie uns einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person.

a1 Familienstand

- ① ledig
- ② ledig, mit PartnerIn lebend
- ③ verwitwet
- ④ verheiratet gemeinsamer Haushalt
- ⑤ verheiratet getrennter Haushalt
- ⑥ geschieden

a2 Was ist Ihr höchster abgeschlossener Bildungsabschluss?

- ① Pflichtschule ohne Lehre
- ② Lehre
- ③ BMS, Fachschule ohne Matura
- ④ Matura (AHS/BHS/HTL)
- ⑤ Uni/FH

a3 Haben Sie Kinder?

- ① nein
- ② Ja, und zwar Kinder Alter des jüngsten Kindes: Jahre

a4 Sind Sie.....

- ① voll berufstätig
- ② Teilzeit berufstätig
- ③ in Ausbildung
- ④ in Pension
- ⑤ arbeitslos
- ⑥ im Haushalt
- ⑦ sonstiges

a5 Falls Sie berufstätig sind:

Bitte schätzen Sie Ihre durchschnittliche **Wochenarbeitszeit**. **Stunden**

a6 Falls Sie im Haushalt tätig sind: Bitte schätzen Sie, wie viele Stunden pro Tag

Sie mit **Hausarbeit** (inkl. Kinder-/Angehörigenbetreuung) beschäftigt sind. **Stunden**

a7 Falls Sie berufstätig sind: In welcher **Position sind Sie tätig?**

- ① Angelernte/einfache Tätigkeit
- ② Qualifizierte Tätigkeit
- ③ Leitende Tätigkeit

a8 Bitte nennen Sie uns Ihre **Körpergröße** **cm**

a9 Bitte nennen Sie uns Ihr **Körpergewicht** **kg**

a10 Leiden Sie an folgenden **Krankheitsbildern?** (Mehrfachantwort ist möglich)

- | | | | |
|-----|------------------------|-----|--------------------------------|
| a) | Durchblutungsstörungen | d) | Erhöhte Blutfettwerte |
| b) | Erhöhter Blutdruck | e) | Diabetes mellitus |
| c) | Nierenerkrankung | f) | Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) |
| g) | Sonstige: | | |

.....
.....

a11 Wie viele **Zigaretten** rauchen Sie pro Tag?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> ① gar keine, ich rauche nicht | <input type="radio"/> ② 10-20 |
| <input type="radio"/> ① 1-10 | <input type="radio"/> ③ mehr als 20 |

a12 Besitzen Sie ein **Handy?**

- ① nein
- ① Ja, aber nur für Notfälle/für bestimmte Gelegenheiten
- ② Ja, aber ich schalte es zeitweise ab
- ③ Ja, ich bin (fast) immer telefonisch erreichbar

a13 Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente?**

- ① nein
- ① Ja, und zwar welche:

.....
.....

a14 **Haben Sie schon einmal einen Hörsturz erlitten?**

- ① nein
- ① Ja, das letzte Mal im Jahr:

a15 Konnten Sie vor dem aktuellen (oder einem früheren) Hörsturz „Vorzeichen“ wahrnehmen (wie z.B. ein verändertes Körpergefühl)?

- Ⓐ nein
- Ⓑ Ja, und zwar:

a16 Welche der folgenden aufgezählten Punkte treffen auf Sie zu? (Mehrfachantwort ist möglich)

- | Innerhalb des letzten Jahres | Innerhalb der letzten 3 Monate |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| a) Heirat | k) Starke Lärmbelastung |
| b) Scheidung | l) Knalleffekt |
| c) Todesfall im näheren Umfeld | m) Prüfungssituation |
| d) Kind kam auf die Welt | n) Veränderung am Arbeitsplatz |
| e) Umzug | o) berufliche Belastung (auch |
| f) Neue Ausbildung | p) seelische Belastung |
| g) Arbeitsplatzverlust | r) Konfliktsituation |
| h) Pensionierung | s) Krankheit/Pflegefall in Familie |
| i) Arbeitsplatzwechsel | t) finanzielle Belastung |
| j) Gerichtsprozess | u) Sonstiges: |
| v) Sonstiges: | v) schulische Belastung |
| w) keines | w) keines |

a17 Betroffene, die einen Hörsturz erleiden, meinen oft, dass sie „zu viel um die Ohren haben“ oder bestimmte Dinge „nicht mehr hören können“ – auch im Sinne von etwas „nicht mehr ertragen können“. Können Sie sich dieser Meinung unter Umständen anschließen? Wie stark würde das auf Sie zutreffen?

		trifft sehr zu	trifft eher zu	teils - teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
a	Ich habe zu „viel um die Ohren“	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	Ⓔ
b	Es gibt Dinge in meinem Leben, die ich nicht mehr ertragen kann.	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓓ	Ⓔ

a18 Haben Sie schon einmal ergänzende Heilmethoden in Anspruch genommen?

		JA		NEIN		
		einmal	mehr als 1x, regelmäßig	aber Interesse	und kein Interesse	und noch nie gehört
a	Homöopathie	①	②	③	④	⑤
b	Misteltherapie	①	②	③	④	⑤
c	Energiearbeit	①	②	③	④	⑤
d	Akupunktur	①	②	③	④	⑤
e	Akupressur	①	②	③	④	⑤
f	Shiatsu	①	②	③	④	⑤
g	Autogenes Training	①	②	③	④	⑤
h	Qi Gong	①	②	③	④	⑤
i	Yoga	①	②	③	④	⑤
j	Psychologische Hilfe	①	②	③	④	⑤
k	Psychotherapeutische Hilfe	①	②	③	④	⑤
l	Sonstige:	①	②	③	④	⑤

a19 Welche **ergänzende Heilmethode** würden Sie gerne in Anspruch nehmen?

.....

.....

.....

.....

a20 Welche **Veränderungen in Ihrem Leben** würden sich positiv auf die Linderung Ihrer Beschwerden auswirken?

.....

.....

.....

.....

a21 Kennen Sie die Heilmethode **Therapeutic Touch – Therapeutische Berührung?**

- Ⓐ nein ① ja

a22 Falls ja, in welchem Zusammenhang haben Sie davon gehört?

.....

.....

.....

b1 Wie stark leiden Sie zurzeit unter den folgenden **Beschwerden?**

		gar nicht	eher nicht	mittel-mäßig	eher stark	sehr stark
a	Hörverminderung	①	②	③	④	⑤
b	Ohrgeräusche	①	②	③	④	⑤
c	Schwindelgefühl	①	②	③	④	⑤
d	Übelkeit (auch mit Erbrechen)	①	②	③	④	⑤
e	Lärmempfindlichkeit	①	②	③	④	⑤
f	Wattegefühl/Druckgefühl im Ohr	①	②	③	④	⑤
g	Taubheitsgefühl im Bereich der Ohrmuschel	①	②	③	④	⑤
h	Sonstige Beschwerden:	①	②	③	④	⑤

b2 Wie oft haben Sie **in den letzten 3 Monaten** die folgenden **Erfahrungen** gemacht?

		nie	selten	mach- mal	häufig	sehr häufig
a	Ich habe die Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	①	②	③	④	⑤
b	Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	①	②	③	④	⑤
c	Es gibt Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	①	②	③	④	⑤
d	Es gibt Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	①	②	③	④	⑤
e	Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Leistung nicht gewürdigt	①	②	③	④	⑤
f	Ich mache die Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	①	②	③	④	⑤
g	Es gibt Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und damit nicht aufhören kann	①	②	③	④	⑤
g	Es gibt Zeiten, in denen ich nicht die Leitung bringe, die von mir erwartet wird	①	②	③	④	⑤
j	Es gibt Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	①	②	③	④	⑤
k	Es gibt Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	①	②	③	④	⑤
l	Ich habe die Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	①	②	③	④	⑤
m	Es gibt Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	①	②	③	④	⑤

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !!