

Patientenetikett

Patientenfragebogen „Stimme“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus.

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an. Ihre Fragen werden wir anschließend mit Ihnen besprechen.

Fragen

Seit wann haben Sie Ihr derzeitiges Stimmproblem:

Kennen Sie die Ursache (z.B. Erkältung, lautes Sprechen, exzessives Sprechen/Singen, Operation etc.)?

Wie haben Ihre Stimmbeschwerden begonnen?

☐ plötzlich ☐ langsam, schleichend

Wie hat sich die Stimme seither entwickelt?

☐ besser ☐ schlechter ☐ unverändert ☐ wechselnd

Welche Symptome haben Sie?

Stimme:

- | | |
|--|---|
| ☐ Heiserkeit | ☐ Ermüdungszeichen bei Belastung |
| ☐ Sprechanstrengung | ☐ Volumenprobleme hinsichtlich Lautstärke |
| ☐ Wegbleiben der Stimme | ☐ Probleme mit hohen oder mit tiefen Tönen |
| ☐ Behauchtheit (Luft auf der Stimme) | ☐ Klangveränderung (Stimme höher/tiefer geworden) |
| ☐ die Luft beim Sprechen reicht nicht aus | ☐ lange Aufwärmphase der Stimme (über eine ½ Stunde) |

Missempfindungen:

- | | |
|---|---|
| ☐ Hustenreiz | ☐ Kratzen oder Brennen |
| ☐ Räusperzwang | ☐ Verschleimungsgefühl |
| ☐ Trockenheitsgefühl | ☐ Kloß- oder Fremdkörpergefühl |
| ☐ Enge- oder Druckgefühl | ☐ Sonstiges: _____ |

Wurde bereits eine Therapie (Logopädie, Physiotherapie u.a.) durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Welche Therapie? _____

Was machen Sie beruflich?

Wie hoch ist Ihre berufliche Stimmbelastung?

☐ sehr hoch

☐ hoch

☐ mittel

☐ gering

☐ ca. _____ Stunden/Tag

Wie hoch ist Ihre private Stimmbelastung?

☐ sehr hoch

☐ hoch

☐ mittel

☐ gering

☐ ca. _____ Stunden/Tag

Üben Sie stimmintensive Hobbies aus?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Welches Hobby? _____

Spielen Sie ein Instrument (z.B. Blasinstrument)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Welches? _____

Treiben Sie Sport?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Welche Sportart? _____

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich? Welche Getränke trinken Sie?

Rauchen Sie?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag und wie lange schon? _____

Weitere Beschwerden, Vorerkrankungen und Operationen:

☐ Sodbrennen

☐ Beckenbereich

☐ Schulter-/Nackenbereich

☐ Hörstörung/Hörgeräte

☐ Kiefergelenk/Zähneknirschen

☐ Operationen: _____

☐ Sonstiges (z.B. Asthma, Schilddrüse, Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall etc.): _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kurze Version des Voice-Handicap-Index (mit 12 Fragen)

Name, Vorname	Datum
Geb.-Datum	Beruf
Ich brauche meine Sprechstimme überwiegend für	☐ meinen Beruf ☐ Freizeitaktivitäten ☐ normale tägliche Unterhaltungen
Ich brauche meine Singstimme überwiegend für	☐ meinen Beruf ☐ Freizeitaktivitäten ☐ nichts dergleichen, ich singe nicht
Ich schätze meine Gesprächigkeit so ein (bitte ankreuzen)	
1 stiller Zuhörer	2 3 4 5 6 7 8 9 10 normaler Sprecher äußerst gesprächig

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft: 0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = immer						
1	Bevor ich spreche, weiß ich nicht, wie klar meine Stimme klingen wird.	0	1	2	3	4
2	Abends ist meine Stimme schlechter.	0	1	2	3	4
3	Ich habe das Gefühl, dass ich mich anstrengen muss, wenn ich meine Stimme benutze.	0	1	2	3	4
4	Wegen meines Stimmproblems bin ich weniger kontaktfreudig	0	1	2	3	4
5	Ich meide größere Gruppen wegen meiner Stimme.	0	1	2	3	4
6	Ich fühle mich bei Unterhaltungen wegen meiner Stimme ausgeschlossen.	0	1	2	3	4
7	Anderen fällt es schwer, mich in einer lauten Umgebung zu verstehen.	0	1	2	3	4
8	Meine Familie hat Schwierigkeiten, mich zu hören, wenn ich zuhause nach ihnen rufe.	0	1	2	3	4
9	Man hört mich wegen meiner Stimme schlecht.	0	1	2	3	4
10	Es ist mir peinlich, wenn man mich bittet, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4
11	Ich ärgere mich, wenn man mich bittet, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4
12	Ich schäme mich wegen meines Stimmproblems.	0	1	2	3	4

Wie schätzen Sie Ihre Stimme heute ein?
☐ ☐ ☐ ☐

0 = normal, 1 = leicht gestört, 2 = mittelgradig gestört, 3 = hochgradig gestört

0 – 7 keine
 8 – 14 geringgradige
 15 – 22 mittelgradige
 23 – 48 hochgradige Stimmstörung

Vielen Dank, dass Sie sich bemüht haben, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Das erleichtert uns unser weiteres Vorgehen. Die Informationen fließen in Ihre Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt ein.