

TINNITUS-FRAGEBOGEN (TF)

Fragebogen

Ziel der folgenden Fragen ist es herauszufinden, ob Ihre Ohr- oder Kopfgeräusche Einflüsse auf Ihre Gefühle, Verhaltensweisen oder Einstellungen haben.

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die zutreffende Antwort an; es ist für jede Frage nur eine Antwort möglich.

- | | stimmt
stimmt | stimmt teilweise | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Manchmal kann ich die Ohrgeräusche ignorieren, auch wenn sie da sind | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich kann keine Musik genießen wegen der Ohrgeräusche | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Es ist unfair, dass ich unter meinen Ohrgeräuschen zu leiden habe | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich wache in der Nacht wegen meiner Ohrgeräusche häufiger auf | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich bin mir der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewußt | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Die Meinung und Einstellung zu den Ohrgeräuschen beeinflussen nicht das Quälende daran | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Meistens sind die Ohrgeräusche ziemlich leise | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich mache mir Sorgen, dass mich die Ohrgeräusche in einen Nervenzusammenbruch treiben | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Wegen der Ohrgeräusche habe ich Schwierigkeiten zu sagen, woher andere Geräusche kommen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Die Art, wie die Ohrgeräusche klingen, ist wirklich unangenehm | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Ich habe den Eindruck, dass ich den Ohrgeräuschen nie entkommen kann | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Wegen der Ohrgeräusche wache ich morgens früher auf | ☐ | ☐ | ☐ |

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Datum: _____

- | | stimmt
stimmt | stimmt teilweise | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Ich mache mir Sorgen, ob ich jemals in der Lage sein werde, mit diesem Problem fertig zu werden | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, mehreren Menschen gleichzeitig zuzuhören | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Die Ohrgeräusche sind die meiste Zeit laut | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Ich mache mir wegen der Ohrgeräusche Sorgen, ob mit meinem Körper ernstlich etwas nicht in Ordnung ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Wenn die Ohrgeräusche andauern, wird mein Leben nicht mehr lebenswert sein | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich etwas von meinem Selbstvertrauen verloren | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. Ich wünsche mir, jemand würde verstehen, was das überhaupt für ein Problem ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. Egal was ich tue, die Ohrgeräusche lenken mich ab | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. Es gibt nur ganz wenig, was man tun kann, um mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22. Die Geräusche machen mir manchmal Ohren- und Kopfschmerzen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. Wenn ich mich niedergeschlagen oder pessimistisch fühle, scheint das Ohrgeräusch schlimmer zu sein | ☐ | ☐ | ☐ |

- | | stimmt
stimmt | stimmt teilweise | stimmt nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich mit meiner Familie und meinen Freunden gereizter | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich Muskelverspannungen an Kopf und Nacken | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. Aufgrund der Ohrgeräusche erscheinen mir Stimmen anderer Menschen verzerrt | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27. Es wird fürchterlich sein, wenn diese Ohrgeräusche nie weggingen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28. Ich Sorge mich, dass die Ohrgeräusche meine körperliche Gesundheit schädigen könnten | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29. Das Ohrgeräusch scheint direkt durch meinen Kopf zu gehen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30. Fast alle meine Probleme sind durch diese Ohrgeräusche bedingt | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31. Mein Hauptproblem ist der Schlaf | ☐ | ☐ | ☐ |
| 32. Was mir zu schaffen macht, ist die Art und Weise darüber zu denken, – NICHT das Geräusch selbst | ☐ | ☐ | ☐ |
| 33. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, einer Unterhaltung zu folgen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 34. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer, mich zu entspannen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 35. Oft sind meine Ohrgeräusche so schlimm, dass ich sie nicht ignorieren kann | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36. Wegen der Ohrgeräusche brauche ich länger zum Einschlafen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 37. Wenn ich über die Ohrgeräusche nachdenke, werde ich manchmal sehr ärgerlich | ☐ | ☐ | ☐ |

- | | stimmt
stimmt | stimmt teilweise | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer zu telefonieren | ☐ | ☐ | ☐ |
| 39. Wegen der Ohrgeräusche bin ich leichter niedergeschlagen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 40. Wenn ich etwas Interessantes tue, kann ich die Ohrgeräusche vergessen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 41. Wegen der Ohrgeräusche scheint mir das Leben über den Kopf zu wachsen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 42. Ohrenbeschwerden haben mir schon immer Sorgen bereitet | ☐ | ☐ | ☐ |
| 43. Ich denke oft darüber nach, ob die Ohrgeräusche jemals weggehen werden | ☐ | ☐ | ☐ |
| 44. Ich kann mir vorstellen zu lernen, mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden | ☐ | ☐ | ☐ |
| 45. Die Ohrgeräusche lassen nie nach | ☐ | ☐ | ☐ |
| 46. Eine stabilere Persönlichkeit würde dieses Problem vielleicht besser akzeptieren | ☐ | ☐ | ☐ |
| 47. Ich bin ein Opfer meiner Ohrgeräusche | ☐ | ☐ | ☐ |
| 48. Die Ohrgeräusche haben meine Konzentration beeinträchtigt | ☐ | ☐ | ☐ |
| 49. Die Ohrgeräusche sind eines der Probleme im Leben, mit denen man zu leben hat | ☐ | ☐ | ☐ |
| 50. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich unfähig, Radio oder Fernsehen zu genießen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 51. Manchmal verursachen die Ohrgeräusche starke Kopfschmerzen | ☐ | ☐ | ☐ |
| 52. Ich hatte schon immer einen leichten Schlaf | ☐ | ☐ | ☐ |

Liebe PatientInnen, wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen:

TINNITUS

Datum _____

Seit wann besteht das Ohrgeräusch? _____ Wo? ☐ rechts ☐ links ☐ bds. ☐ im Kopf

Wie ist das Ohrgeräusch entstanden? Mögliche Auslöser?

Hat sich das Ohrgeräusch seitdem verändert? ☐ nein ☐ lauter ☐ leiser

Ändert sich der Tinnitus durch (Kopf-/Kiefer-) Bewegungen) ☐ nein ☐ ja, wie: _____

Wann hören Sie das Ohrgeräusch? _____

Wann stört es besonders?

Wie laut ist der Tinnitus subjektiv? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0 = gar nicht, 10 = massiv)

Wie stark leiden Sie unter dem Tinnitus? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0 = gar nicht, 10 = massiv)

Subjektive Hörstörung? ☐ nein ☐ ja: _____ Hörgerät? ☐ nein ☐ ja

Empfindlichkeit gegenüber Umgebungsgeräuschen? ☐ nein ☐ ja: _____

Lärmbelastungen? ☐ nein ☐ ja _____ Gehörschutz? ☐ nein ☐ ja

Schwindel? ☐ nein ☐ ja: _____

Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja: _____

Familiäre/Berufliche Situation? _____

Hobbys/Sport? _____

Bitte wenden



Univ. Klinik für
Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Simone Graf
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Tel: ++43(0)512/504-23220



Bisherige Untersuchungen? _____

Bisherige Therapien _____

Andere Erkrankungen? _____

Psychologie/Psychiatrie? (auch wegen anderen Gründen) _____

Medikamente? _____

Rauchen? ☐ nein ☐ ja: _____ Alkohol: ☐ nein ☐ ja: _____ Drogen: ☐ nein ☐ ja: _____