

Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Name _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Therapeut _____

Dieser Fragebogen dient dazu, die Probleme herauszufinden, die Sie wegen Ihres Schwindels oder Ihrer Gleichgewichtsprobleme haben können. Beantworten Sie bitte jede Frage entweder mit „ja“, „nein“ oder „manchmal“. Beantworten Sie jede Frage nur in Bezug auf Ihr Schwindel- oder Gleichgewichtsproblem.

Fragen	Ja 4	Manchmal 2	Nein 0
P1 Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie nach oben schauen?			
E2 Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme frustriert?			
F3 Schränken Sie wegen Ihrer Probleme geschäftliche oder private Reisen ein?			
P4 Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie einen Gang im Supermarkt entlang gehen?			
F5 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen aus dem Bett?			
F6 Schränken Ihre Probleme Sie deutlich ein, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen (z. B. auswärts essen gehen, Einladungen folgen, zu Parties gehen, ins Kino gehen, Theater oder Konzerte besuchen)?			
F7 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim Lesen?			
P8 Verstärken sich Ihre Probleme bei anspruchsvolleren Aktivitäten z. B. im Sport, beim Tanzen oder bei Hausarbeiten?			
E9 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, das Haus ohne Begleitung zu verlassen?			
E10 Sind Sie wegen Ihrer Probleme schon einmal in eine peinliche Situation geraten?			
P11 Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Probleme?			
F12 Meiden Sie die Höhe wegen Ihrer Probleme (zum Beispiel Berge, Hochhaus, Leiter, Gerüst)?			

Fragen	Ja 4	Manchmal 2	Nein 0
P13 Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie sich im Bett drehen?			
F14 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, anstrengende Haus- oder Gartenarbeit zu erledigen?			
E15 Befürchten Sie, dass andere Leute wegen Ihrer Probleme denken, Sie seien betrunken?			
F16 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, alleine spazieren zu gehen?			
P17 Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie auf einem Trottoir/Bürgersteig gehen?			
E18 Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich zu konzentrieren?			
F19 Ist es wegen Ihrer Probleme für Sie schwierig, sich im Dunkeln in Ihrer Wohnung zu bewegen?			
E20 Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, alleine zu Hause zu bleiben?			
E21 Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme behindert/eingeschränkt?			
E22 Belasten Ihre Probleme die Beziehung zu Familienmitgliedern oder Freunden?			
E23 Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Probleme deprimiert?			
F24 Werden Sie durch Ihre Probleme beeinträchtigt, Ihre Aufgaben im Beruf oder Haushalt wahrzunehmen?			
P25 Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie sich nach vorne beugen?			
Total			/100

Kurre A, van Gool CJ, Bastianen CH et al. Translation, cross-cultural adaptation and reliability of the German version of the Dizziness Handicap Inventory. *Otol Neurotol* 2009; 30: 359–367