

Patient:

Geschlecht:

Alter:

Datum:
Liegen folgende Beschwerden/Befunde bei Ihnen vor?

- Druckgefühl oder Schmerzen im Ohr z.B. bei Berg- und Talfahrt: rechts links
- Verschwinden des Druckgefühls durch Schlucken: rechts links
- Knacken im Ohr beim Schlucken: rechts links
- Druckausgleich durch Valsalva: rechts links
- Häufige oder chronische Mittelohrentzündungen: rechts links
- Ohrenlaufen: rechts links
- zurückliegende Ohroperationen: (bitte hier notieren)

Wie sehr haben Sie folgende Probleme im letzten Monat beeinträchtigt?

Beschwerden	kein Problem		mäßiges Problem			schweres Problem	
1. Druckgefühl im Ohr	1	2	3	4	5	6	7
2. Schmerzen in den Ohren	1	2	3	4	5	6	7
3. Das Gefühl die Ohren seien verstopft oder „unter Wasser“	1	2	3	4	5	6	7
4. Ohrbeschwerden im Rahmen von einfachen Erkältungen und Nebenhöhlenentzündungen	1	2	3	4	5	6	7
5. Knisternde oder Knallende Geräusche in den Ohren	1	2	3	4	5	6	7
6. Klingeln in den Ohren	1	2	3	4	5	6	7
7. Das Gefühl das Hören sei dumpf	1	2	3	4	5	6	7

Gesamtpunktzahl: _____