

Navn \_\_\_\_\_ CPR-Nummer \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Telefon arbejde \_\_\_\_\_  
 Mobiltelefon \_\_\_\_\_  
 E-mailadresse \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

---

Stilling \_\_\_\_\_ Studerende  Pensionist

**Har du en af følgende sygdomme?**

	Ja	Nej
Hjerte-/karsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i led eller muskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesygdom (mavekatar – mavesår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overfølsomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre sygdomme (hvilke?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar du nogen medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicinen hedder \_\_\_\_\_

**Beskriv ved at sætte X på linien, i hvilken grad du oplever følgende symptomer:**

Svimmelhed  
 Ingenting ----- Værst tænkelige

Tinnitus  
 Ingenting ----- Værst tænkelige

Smerte/Hovedpine  
 Ingenting ----- Værst tænkelige

**Beskriv ved at sætte X på linien, hvordan du opfatter dig selv som person**

Rolig/stabil ----- Nervøs/Urolig

**Beskriv ved at sætte X på linien, hvordan du trives på dit arbejde/i skolen**

Trives godt ----- Vantrivs

**Beskriv ved at sætte X på linien, hvordan du opfatter forholdene i dit hjem**

Harmonisk ----- Uharmonisk

**Hvor ofte og hvor længe har du haft følgende gener:**

	Aldrig	1-2 g om året	1-2 g om mån	1-2 g om ugen	Flera g om ugen	Hver dag	År/måneder
Smerter/der gør ondt i ansigt og kæbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smerter/ der gør ondt ved bevægelser af kæben ( ved tygning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Det er svært at gabe højt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Træthedsfornemmelser i kæberne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lyde i kæberne (knirken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tandpine eller isning i tænderne, ømme tænder,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svien i mund eller på tungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svært at synke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hovedpine/Smerter i nakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lydoverfølsomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Følelse af låg for ørene Hø <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lydoplevelse, tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svimmelhed, følelse af at være ude af balance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hvilket eller hvilke symptomer oplever du som mest forstyrrende? \_\_\_\_\_

**Hvis du oplever svimmelhed, eller at være ude af balance, bliver det værre af noget af følgende?**

Når jeg kigger opad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Når jeg kigger hurtigt til siden	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Når kigger nedad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Når jeg rejser mig hurtigt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Når jeg står stille	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Andet? _____		

**Hvis du oplever lyd eller lyde, tinnitus, prøv at beskrive, så nøjagtigt du kan, hvordan din tinnitus lyder:****Kan du ændre din lyd, eller framprovokere tinnitus ved at**

Bide hårdt sammen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Gabe højt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Bevæge underkæben maks til højre	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Bevæge underkæben maks til venstre	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Bevæge underkæben lige frem	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Andet? _____		

**Har du nedsat hørelse?**

Ja höger  vänster

Nej

**Hvor alvorligt oplever du dine symptomer?**

Har Værret eller er sygemeldt

Ja

Nej

Mine symptomer forstyrrer min nattesøvn

Ja

Nej

Mine symptomer påvirker mit privatliv

Ja

Nej

Mine symptomer påvirker mit arbejder/studier

Ja

Nej

Jeg bruger smertestillende midler eller sovemedicin

Ja

Nej

**Hvis du skulle vurdere dine symptomer, så.....**

Betyder næsten ingenting

Ja

Betyder lidt, men ikke så meget

Ja

Betyder en del

Ja

Betyder en hel del

Ja

Betyder meget

Ja

**Hvor akut oplever du, at du har brug for behandling?**

Jeg skal have behandling nu, kan ikke klare det mere Ja

Jeg vil gerne have behandling indenfor

den næste par måneder

Ja

Jeg vil gerne have behandling indenfor et år

Ja

Jeg kan sagtens vente

Ja

Jeg ønsker ingen behandling

Ja

**Er du bevidst om, at du .....**

Bider tænder

Ja

Nej

Skærer tænder

Ja

Nej

Presser med tungen mod kinden

Ja

Nej

Bider i kinden eller i tungen

Ja

Nej

Bider negle

Ja

Nej

Er anspændt i musklerne

Ja

Nej

Sker der, at du gør noget af dette oftere, hvis

du er i stresset situation?

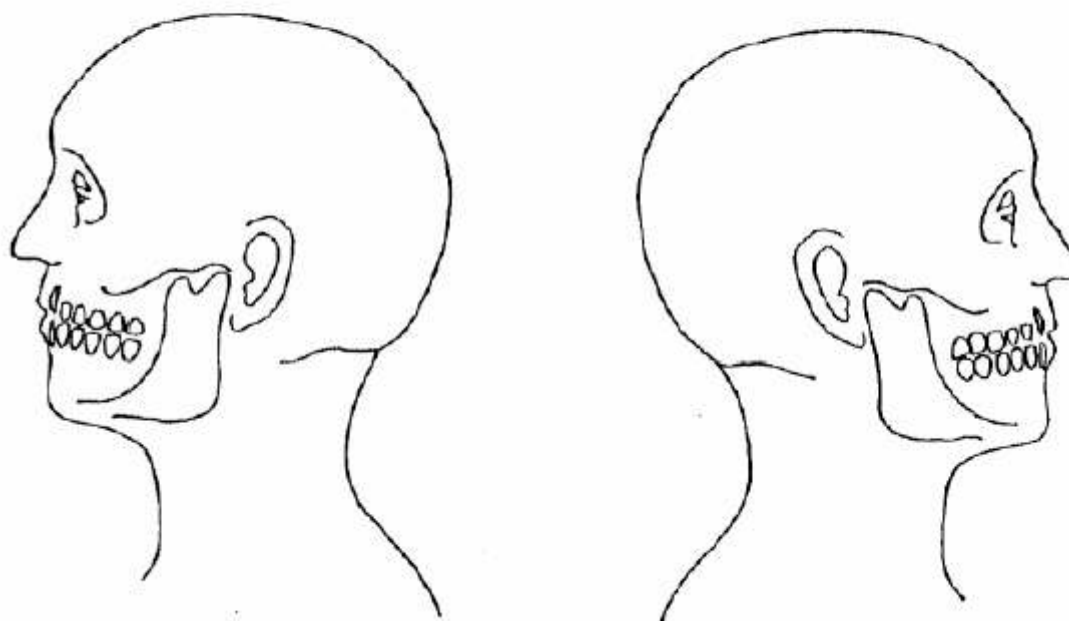
Ja

Nej

Tegn på billedet. hvor du har smerter, har hovedpine eller tandpine

Venstre

Højre



Fortæl venligst, hvilken behandling du tidligere har prøvet, og hvilke resultater det gav.

---

---

---

---

---

---

## TINNITUS ANAMNES

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-Nummer. \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Hvornår startede din tinnitus? \_\_\_\_\_

Hvad tror du er årsagen til din tinnitus? \_\_\_\_\_

### Hvor hører du din tinnitus?

Kun  Kun  Lige  Begge sider,  Begge sider,   
 venstre højre meget men mest i men mest i  
 side side i venstre den venstre den højre  
 og højre side

I hovedet men  Udenfor   
 ikke et bestemt sted hovedet

**Hvordan startede din?** Lyden kom ”snigende” i løbet af en længere periode.   
 Lyden kom lige pludseligt   
 Lyden ”var der bare” på et tidspunkt

**Er din tinnitus altid tilstede?** Ja  Nej

### Hvis din tinnitus forsvinder, hvor længe ad gangen er det?

Minutter  Døgn  Uger  Timer.

### Hvor høj er din tinnitus?

Min lydstyrke er... Altid lige høj  Lyden skifter i styrke

### Er din tinnitus højere på et tidspunkt i løbet af døgnet?

Højre om morgenen  Højre om formiddagen  Højre om eftermiddagen   
 Højre om aftenen  Højre om natten

### Er der en forskel i din tinnituslyd? Kan den skifte fra lys til mørk lyd eller omvendt?

Lyden skifter  Lyden er altid den samme

**Hvis lyden skifter fra lys til mørk eller omvendt, hvor ofte sker det?**

Hele tiden hver dag       Om morgenen       Måske en gang dagligt   
 2-3 gange om ugen       1 gang om ugen       Sjældnere

---

**Når du hører andre lyde, er din oplevelse af tinnitus....**

Meget mere svag       Lidt svagere       Den samme       Værre

---

**Er der nogen lyde, som overdøver eller maskerer din tinnitus?**

Radio/TV       Trafik       Maskiner   
 Rinnende vand/bruser       Ingen lyd maskerer min tinnitus       Andet? \_\_\_\_\_

---

**Hvor meget påvirker tinnitus dit liv?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Når du er vågen, og der ikke er andre lyde omkring dig, hvor meget vil du sige, at din tinnitus generer dig?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

---

**Hvor ofte tænker du over din tinnitus når du er vågen?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Hvor ofte påvirker tinnitus din koncentrationsevne?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Hvor ofte har du svært ved at falde i søvn på grund af din tinnitus?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Hvor ofte kan du glemme eller fortrænge din tinnitus?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Hvor ofte gør din tinnitus, at du er urolig?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

**Hvor ofte gør din tinnitus, at du er ulykkelig?**

Lidt       En del       Meget       Vældig meget       Ved det ikke

---