

Dr. med. habil. Lichun Zhang

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Kopf- Hals-Chirurgie



## Anamnesebogen

### Persönliche Angaben:

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:

\_\_\_\_\_

Schulabschluss:

☐ kein

☐ Hauptschulabschluss

☐ mittlere Reife

☐ Fachabitur

☐ Abitur

☐ andere: \_\_\_\_\_

☐ Fachschulabschluss

☐ Hochschulabschluss

☐ allgemeine Schule

☐ Schule für Hörgeschädigte

Erlerner/  
Ausgeübter Beruf:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Hörgeschädigte (z. B. DSB)

Und/oder anderen hörgeschädigten Personen

☐ ja

☐ nein

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres

HNO-Facharztes:

\_\_\_\_\_

Hausarztes:

\_\_\_\_\_

Hörgeräteakustikers:

\_\_\_\_\_

Dr. med. habil. Lichun Zhang

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Kopf- Hals-Chirurgie



### Angaben zur audiologischen Versorgung:

---

Seit wann sind Sie hörgeschädigt? \_\_\_\_\_ ☐ rechts ☐ links

Hat sich das Hören verschlechtert? Wenn ja, ein- oder beidseitig?

---

---

Ursache der Hörschädigung: \_\_\_\_\_

---

Tragen Sie Hörgeräte?

☐ ja, auf beiden Ohren ☐ nur auf einem Ohr (☐ rechts / ☐ links) ☐ nein

Wenn „nein“: Warum tragen Sie keine Hörgeräte?

---

---

Wann wurden Sie erstmalig mit Hörgeräten versorgt? \_\_\_\_\_

Welches Fabrikat haben Ihre derzeitigen Hörgeräte? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie die Hörgeräte das letzte Mal beim Akustiker kontrollieren lassen?

\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ (Hörgeräteakustiker)



**Angaben zur eigenen Krankengeschichte:**

---

**Sind Schwerhörigkeiten in der Familie bekannt?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn ja, bei wem?**

---

**Sind bei Ihnen bisher Ohroperationen durchgeführt worden?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn „ja“: Wann und auf welcher Seite wurden Sie am Ohr operiert?**

---

---

**Welche anderen Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt:**

☐ keine

---

---

**Sind bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen bekannt?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn „ja“, welche Erkrankungen?**

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn „ja“, welche?**

---

---

**Welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?**

☐ keine

---

**Haben Sie eine Meningitis (Hirnhautentzündung) durchgemacht?**

☐ ja

☐ nein



Wenn „ja“: Wann war das?

---

**Angaben zum Hören im Alltag:**

---

**Können Sie Gesprächen mit einem Gesprächspartner folgen?**

☐ sehr gut      ☐ gut      ☐ manchmal      ☐ schlecht      ☐ nicht möglich

**Lesen Sie dabei von den Lippen ab?**

☐ nein      ☐ ja      **Wenn „ja“:** ☐ wenig      ☐ vieles      ☐ alles

**Können Sie Gesprächen mit mehreren Personen folgen?**

☐ sehr gut      ☐ gut      ☐ manchmal      ☐ schlecht      ☐ nicht möglich

**Wenn Sie in einem gut besuchten Lokal oder auf einer Party sind, können Sie sich dort gut unterhalten?**

☐ sehr gut      ☐ gut      ☐ manchmal      ☐ schlecht      ☐ nicht möglich

**Können Sie sich mühelos unterhalten, wenn Sie im Auto oder Zug fahren oder sich auf einem Bahnhof befinden?**

☐ sehr gut      ☐ gut      ☐ manchmal      ☐ schlecht      ☐ nicht möglich

**Fühlen Sie sich gelangweilt oder bedrückt, wenn Sie Schwierigkeiten haben, einer Unterhaltung zu folgen?**

☐ trifft zu      ☐ trifft manchmal zu      ☐ trifft nicht zu

**Schauen Sie Fernsehen? Hören Sie Radio?**      ☐ ja      ☐ nein      ☐ manchmal

**Können Sie Radio- bzw. Fernsehsendungen in Zimmerlautstärke verstehen?**

☐ ja      ☐ nein



**Benutzen Sie das Telefon?**

☐ manchmal

☐ ja

☐ nein

**Wenn „ja“: Können Sie längere Gespräche / Unterhaltungen am Telefon führen?**

☐ ja

☐ nein

**Können Sie telefonieren, während der Fernseher auf Zimmerlautstärke läuft?**

☐ ja

☐ nein

**Können Sie in einem ruhigen Zimmer hören, wenn das Telefon oder die Türklingel läutet?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn Sie auf der Straße eine Hupe oder Reifen quietschen hören, wissen Sie sofort, aus welcher Richtung das Geräusch kam?**

☐ ja

☐ nein

**Haben Sie ein Geräusch in Ihrem Kopf oder Ihren Ohren (z. B. Ohrensausen / Tinnitus)?**

☐ oft

☐ manchmal

☐ nie

☐ selten

**Glauben Sie, dass Ihre Mitmenschen sich lustig darüber machen, wenn Sie etwas nicht richtig hören?**

☐ ja

☐ nein

**wenn „ja“:**

☐ oft

☐ manchmal

☐ selten

**Welche Situationen sind für Sie durch die Hörschädigung besonders schwierig?**

---

**Haben Sie das Gefühl, Sprache zu hören, aber nicht zu verstehen?**

☐ ja

☐ nein

**wenn „ja“:**

☐ oft

☐ manchmal

☐ selten

**Haben Sie sich beim Neurologen (Nervenarzt) vorgestellt?**

☐ ja

☐ nein