

Dizziness-Handicap-Inventory (DHI)

Name:, **Geburtsdatum:**

Testdatum:.....

		ja	manch -mal	nein
1	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie nach oben schauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme frustriert oder deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Schränken Sie wegen Ihrer Probleme geschäftliche oder private Reisen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie einen Gang im Supermarkt entlang gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schränken Sie Ihre Probleme deutlich ein, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen (z.B. auswärts essen gehen, Einladungen folgen, zu Parties gehen, ins Kino gehen, Theater oder Konzerte besuchen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten beim Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Verstärken sich Ihre Probleme bei anspruchsvolleren Tätigkeiten z.B. im Sport, beim Tanzen oder Hausarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, das Haus ohne Begleitung zu verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sind sie wegen Ihrer Probleme schon einmal in eine peinliche Situation geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Verstärken schnelle Kopfbewegungen Ihre Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Meiden Sie die Höhe wegen Ihrer Probleme (z.B. Berge, Hochhaus, Leiter, Gerüst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie sich im Bett drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, anstrengende Haus- oder Gartenarbeit zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Befürchten Sie, dass andere Leute wegen Ihrer Probleme denken, sie seien betrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Schwierigkeiten, alleine spazieren zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Verstärken sich Ihre Probleme, wenn Sie auf einem Bürgersteig gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ist es wegen Ihrer Probleme schwierig für Sie, sich im Dunkeln in Ihrer Wohnung zu bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Haben Sie wegen Ihrer Probleme Angst, alleine zu Hause zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Probleme behindert/eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Belasten Ihre Probleme die Beziehung zu Familienmitgliedern oder Freunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Werden Sie durch Ihre Probleme beeinträchtigt, Ihre Aufgaben in Beruf oder Haushalt wahrzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Verstärkt sich Ihr Problem, wenn Sie sich nach vorne beugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>