



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Fragebogen „Stimme“

Liebe Patienten, wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen, um unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht Ihnen gegenüber nachkommen zu können.



Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Tel. privat

Tel. Mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Versicherung

bei Privatvers.: Beihilfeberechtigt? ja nein

Empfohlen durch _____

Hausarzt _____, Ort _____

HNO-Facharzt _____, Ort _____

- Seit wann haben Sie Ihr derzeitiges Stimmproblem?

- Kennen Sie die Ursache? ja nein
Wenn ja, welche? (Erkältung, Schreien, exzessives Sprechen/ Singen, Operation etc.)

- Begann Ihr Stimmproblem langsam oder trat es plötzlich auf?
 langsam plötzlich
- Wie ist der Verlauf bisher gewesen? Bleiben Ihre Beschwerden gleich, schwanken sie, werden sie besser oder nehmen sie zu?

- Schildern Sie die Belastung Ihrer Stimme: hoch normal gering
(z.B. täglich 5h Unterricht und 1h zu Hause, 1 x pro Woche Kirchenchor 1,5h)

- Welche Symptome haben Sie?

Stimme:

- Heiserkeit Sprechanstrengung Wegbleiben der Stimme
- Behauchtheit (Luft auf der Stimme) die Luft beim Sprechen reicht nicht aus
- Ermüdungszeichen (die Stimme lässt nach, wenn Sie sie belasten)
- Volumenprobleme; es ist schwer, die Stimme sehr laut oder sehr leise zu gebrauchen
- Probleme, besonders mit hohen oder besonders mit tiefen Tönen
- Klangveränderung: die Sprechstimme ist höher oder tiefer geworden
- die Stimme braucht eine lange Aufwärmphase (über eine ½ Stunde)

Fragebogen „Stimme“



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Missemmpfindungen:

- Kratzen oder Brennen Kloßgefühl oder Fremdkörpergefühl
- Enge- oder Druckgefühl Verschleimungsgefühl
- Hustenreiz Räusperzwang
- Sodbrennen sonstiges: _____

- Hatten Sie bereits logopädische Therapie? ja nein
Wenn ja, wann und wie oft? _____

- Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Asthma, Sodbrennen, Schilddrüse, Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Operationen, etc.)?

- Haben oder hatten Sie Probleme mit den Ohren oder der Nase?

- Liegt bei Ihnen eine Allergie vor? ja nein
Wenn ja, wogegen?

- Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viel und wie lange schon?

- Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich? Welche Getränke trinken Sie?

- Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? (Bitte Menge angeben)

- Bestehen Probleme im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere Halswirbelsäule?
 ja nein
Wenn ja: welche? _____

- Kiefer:
 unauffällig Knirschen Aufbisschiene Spannungskopfschmerz
Sonstiges: _____

- Spielen Sie ein Blasinstrument? ja nein
Wenn ja: welches? _____

- Bewegung/Sport: ja nein
Wenn ja: welche Sportart, wie oft? _____

- Besteht eine Hörstörung? ja nein
Wenn ja: tragen Sie Hörgeräte? ja nein

Kurze Version des Voice-Handicap-Index (mit 12 Fragen)

Beruf									
Ich brauche meine Sprechstimme überwiegend für				<input type="checkbox"/> meinen Beruf <input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten <input type="checkbox"/> normale tägliche Unterhaltungen					
Ich brauche meine Singstimme überwiegend für				<input type="checkbox"/> meinen Beruf <input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten <input type="checkbox"/> nichts dergleichen, ich singe nicht					
Ich schätze meine Gesprächigkeit so ein (bitte ankreuzen)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
stiller Zuhörer			normaler Sprecher				äußerst gesprächig		

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft: 0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = immer						
1	Bevor ich spreche, weiß ich nicht, wie klar meine Stimme klingen wird.	0	1	2	3	4
2	Abends ist meine Stimme schlechter.	0	1	2	3	4
3	Ich habe das Gefühl, dass ich mich anstrengen muss, wenn ich meine Stimme benutze.	0	1	2	3	4
4	Wegen meines Stimmproblems bin ich weniger kontaktfreudig	0	1	2	3	4
5	Ich meide größere Gruppen wegen meiner Stimme.	0	1	2	3	4
6	Ich fühle mich bei Unterhaltungen wegen meiner Stimme ausgeschlossen.	0	1	2	3	4
7	Anderen fällt es schwer, mich in einer lauten Umgebung zu verstehen.	0	1	2	3	4
8	Meine Familie hat Schwierigkeiten, mich zu hören, wenn ich zuhause nach ihnen rufe.	0	1	2	3	4
9	Man hört mich wegen meiner Stimme schlecht.	0	1	2	3	4
10	Es ist mir peinlich, wenn man mich bittet, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4
11	Ich ärgere mich, wenn man mich bittet, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4
12	Ich schäme mich wegen meines Stimmproblems.	0	1	2	3	4
Wie schätzen Sie Ihre Stimme heute ein? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 = normal, 1 = leicht gestört, 2 = mittelgradig gestört, 3 = hochgradig gestört						

0 – 7 keine
 8 – 14 geringgradige
 15 – 22 mittelgradige
 23 – 48 hochgradige Stimmstörung