|  |  |
| --- | --- |
|  | *J*IAS-Fragebogen Erwachsene |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geb.-Dat: |
| Adresse: | | |
| Tel. Nr: | E-Mail: | |
| Fragebogen ausgefüllt am: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fragen** | **Ja** | **Nein** |
| 1. Probleme mit Ohrinfektionen, Paukenergüssen oder sonstige Hörprobleme? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 2. Schwierigkeiten mit Hintergrundgeräuschen? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 3. Schwierigkeiten, sich gesprochene Informationen zu merken? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 4. Langsam beim Antworten auf gesprochene Fragen? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 5. Überempfindlich gegenüber bestimmten Geräuschen? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 6. Missverstehen von Wörtern? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 7. Intonation flach / monoton? Nicht gut im Nachsingen von Tönen? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 8. Leiden Sie unter Tinnitus? Wenn ja, seit wann? Auf welchem Ohr?  Wie klingt der Tinnitus (Brummen, Rauschen, Pfeifen) ?  Wie stark nehmen Sie ihn wahr (wenig, deutlich, stark)? |  |  |
| Kommentare: | | |
| **Fragen** | **Ja** | **Nein** |
| 9. Befinden Sie sich in Physiotherapeutischer Behandlung? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 10. Nehmen Sie Medikamente ein? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 11. Wurde das Hören bereits überprüft? Wenn ja, wann? Ergebnis? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 12. Ist die Konzentrationsfähigkeit aus Ihrer Sicht beeinträchtigt? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 13. Sind Sie verträumt / abwesend? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 14. Sind Sie eher unruhig? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 15. Haben Sie Schlafprobleme? |  |  |
| Kommentare: | | |
| 16. Leiden Sie unter Schmerzen? (Kopf, Kiefer, Wirbelsäule) |  |  |
| Kommentare: |  |  |
| 17. Fühlen Sie sich gestresst oder ausgebrannt? |  |  |
| Kommentare: | | |
| Weitere Anmerkungen: | | |