

Anmeldeformular – Tinnitus Institut

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name:

Vorname:

Adresse:

.....

E-Mail-Adresse:

Geburtsdatum:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Ärztlicher Zuweiser:

Wie haben Sie uns gefunden?

Tinnitus Angaben

Dauer des Tinnitus:

Betroffenes **Ohr**: links rechts beide im Kopf

Geräuschempfindlichkeit: **ja** **nein**

Schlafqualität: Können Sie gut einschlafen? **ja** **nein**

Tinnitus beim Aufwachen/Aufstehen: **ja** **nein**

Auslöser / Besonderes vor Auftreten des Tinnitus:

.....

Leidensdruck (1 = wenig, 10 = stark): **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

Frühere medizinische Abklärungen

Waren Sie bei einem HNO-Spezialisten? **ja** **nein**

Vorerkrankungen:

.....

Zähne: **gut** **schlecht** **Implantate** **Amalgam-Füllungen**

Beschwerden:

.....

Medikamente:

.....

Allergien: **ja** **nein**

Operationen (mit Datum): **ja** **nein**

.....

Therapien / Lebensstil

Bereits durchgeführte Tinnitus-Therapien:

.....
Beruf / Tätigkeit:

Hobbys:

Sport / Yoga: **nein** **ja** (**wenn ja, welche Sportarten?**)

Familienstand

Partnerschaft: **ja** **nein**

Kinder: **ja** **nein**

Rechtlicher Hinweis (Pflicht)

Die Angaben werden **vertraulich behandelt** und dienen ausschließlich der Vorbereitung Ihrer **Tinnitus-Beratung**.

Hinweis: Wir bieten keine medizinische oder ärztliche Behandlung an. Das Formular ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.

Senden Sie das Formular per E-Mail an: info.tinnitus-institut@gmx.ch