

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: tinnitus-institut@gmx.ch