

Name: Patienten Code:

Messzeitpunkt: Therapeut:

prae • Gruppe:

post •

ful •

Anleitung zum Ausfüllen des Tagebuchs

Wann ausfüllen?

Bitte nehmen Sie sich dreimal täglich Zeit zum Ausfüllen Ihres Tagesprotokolls. Es dauert nur wenige Minuten.

- ▶ Beginnen Sie mit dem Ausfüllen mittags, z. B. vor dem Essen. Beurteilen Sie zu diesem Zeitpunkt bitte den zurückliegenden Morgen hinsichtlich der durchschnittlichen Tinnitus-Lautheit. Tragen Sie auch ein, wie viele Stunden Sie Ihren Tinnitus in dieser Zeit wahrgenommen haben.
- ▶ Am Abend, z. B. kurz vor dem Abendessen, beurteilen Sie bitte entsprechend den zurückliegenden Nachmittag.
- ▶ Kurz vor dem Schlafengehen machen Sie dann Eintragungen zum zurückliegenden Abend und beantworten bitte noch die restlichen Fragen 2 bis 7.

Wie ausfüllen?

Setzen Sie bei Ihren Angaben ein Kreuzchen in den Kasten der Skala, der Ihren Empfindungen entspricht: Wenn Sie z. B. bei »durchschnittliche Tinnitus-Lautheit« das Kästchen, unter dem die Zahl 5 steht, ankreuzen, heißt das, dass Sie in den vergangenen sechs Stunden durchschnittlich einen mittellauten Tinnitus erlebt haben. Haben Sie in dieser Zeit keinen Tinnitus erlebt, so kreuzen Sie das Kästchen mit der Zahl 0 an.

Bei der Frage 1 tragen Sie bitte außer der Tinnitus-Lautheit noch ein, wie viele Stunden des vergangenen Zeitraums Sie Ihren Tinnitus wahrgenommen haben, und addieren diese am Ende des Tages im Kästchen »Gesamtstunden«.

Bitte kreuzen Sie **immer** jede Skala an und **beantworten Sie jede Frage** auch dann, wenn Sie keinen Tinnitus hatten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Sorgfalt beim Ausfüllen der Bögen!

Tagesprotokoll

Datum

Bitte mittags, nachmittags und vor dem Schlafengehen, bezogen auf den vorausgehenden Zeitraum, ausfüllen.

(1) Wie laut war Ihr Tinnitus in dem entsprechenden Zeitraum durchschnittlich, und wie viele Stunden in dem entsprechenden Zeitraum haben Sie den Tinnitus wahrgenommen?

Lautheit des Tinnitus

Tinnitus-Wahrnehmung

Morgens 6–12 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morgens 6–12 Uhr Std.
Mittags 12–18 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittags 12–18 Uhr Std.
Abends 18–24 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abends 18–24 Uhr Std.
gar nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	extrem laut	

Gesamtstunden

Bitte am Abend vor dem Schlafengehen ausfüllen!

(2) In welchem Ausmaß hat der Tinnitus Ihren Schlaf letzte Nacht gestört?

gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr stark
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(3) Wie stark hat Sie der Tinnitus heute generell beeinträchtigt oder behindert?

gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr stark
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(4) Wie wohl haben Sie sich heute gefühlt?

gar nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr stark
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(5) Wie »gestresst« (belastet, aufgeregt) fühlten Sie sich heute?

gar nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr stark
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(6) Haben Sie heute selbst – außer durch Medikamente – etwas gegen Ihren Tinnitus unternehmen können?

gar nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr stark
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(7) Haben Sie heute Medikamente wegen Ihres Tinnitus genommen?

Nein ja

Welche und wie viel? (Art und Menge bitte angeben)