



Schwindel-Kalender

Protokoll über 10 Ereignisse

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum:.....

Datum	Uhrzeit bei tgl. mehrfacher Beschwerde	Situation, in der die Beschwerde auftritt	Verhalten * **	Art des Schwindels	Begleiterscheinungen ***	Augenkontrolle ****	Bemerkung

* Hinlegen? Torkeln?

** Drehschwindel? welche Richtung? Schwankschwindel

*** Infekt? Übelkeit?

**** unwillkürliche Augenbewegungen?

Kalender bitte mit Kugelschreiber ausfüllen.