

Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Matthias Krueger
Wilhelmstr. 97, 63911 Klingenberg

Schwindel-Kalender

Protokoll über 10 Ereignisse

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum:.....

| Datum | Uhrzeit <small>bei tgl. mehrfacher Beschwerde</small> | Situation, <small>in der die Beschwerde auftritt</small> | Verhalten <small>*</small> | Art des Schwindels <small>**</small> | Begleiterscheinungen <small>***</small> | Augenkontrolle <small>****</small> | Bemerkung |
|--------------|---|--|--------------------------------------|--|---|--|------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* Hinlegen? Torkeln?

** Drehschwindel? welche Richtung? Schwankschwindel

*** Infekt? Übelkeit?

**** unwillkürliche Augenbewegungen?

Kalender bitte mit Kugelschreiber ausfüllen.