

Namn: _____ Ålder: _____ Datum: _____

HÖRSELNEDSÄTTNING OCH TINNITUS

1. Hur länge har du haft tinnitus? _____

2. Vad tror du är orsaken till din tinnitus?

Var god förklara: _____

3. Har du hörselnedsättning? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Osäker

Vad upplever du som störst problem, hörselnedsättning eller tinnitus?

☐ Hörselnedsättningen ☐ Tinnitus ☐ Osäker

4. Har du vid något tillfälle varit utsatt för kraftigt ljud? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, var? ☐ Militärtjänst ☐ Arbete ☐ Fritid ☐ Annat: _____

Använder du hörselskydd i situationer med kraftiga ljud? ☐ Ja ☐ Nej

Var god förklara: _____

5. Har du någon erfarenhet av hörapparater? ☐ Ja ☐ Nej

6. Om du använder hörapparat, hur påverkar detta din tinnitus?

☐ Tinnitus blir svagare ☐ Tinnitus blir starkare ☐ Ingen skillnad

Om du ej använder dina hörapparater, varför slutade du använda dom? _____

7. Upplever du att kraftiga ljud påverkar dig negativt? ☐ Ja ☐ Nej

Var god förklara: _____

INFORMATION OM TINNITUS

8. Vart lokaliserar du primärt din tinnitus?

☐ Vänster öra ☐ Höger öra ☐ Samma i båda öronen ☐ I huvudet

9. Med hjälp av skalan under, var god ange nivån på din tinnitus den senaste veckan

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Med hjälp av skalan under, var god ange tonhöjden på din tinnitus. (det kan hjälpa att föreställa sig att siffrorna nedan är tangenter på ett piano.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Sätt ett kryss vid de ord som du tycker beskriver hur din tinnitus låter

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Agressiv | ☐ Ringande | ☐ Syrsor | ☐ Flöjt |
| ☐ Ängvissla | ☐ Dunkande | ☐ Pulserande | ☐ Klockor |
| ☐ Klingande | ☐ Surrande | ☐ Läckande | ☐ Klickljud |
| ☐ Vågor | ☐ Ren ton | ☐ Annat _____ | |

12. Har din tinnitus ändrat karaktär med tiden? ☐ Ja ☐ Nej

Var god förklara: _____

13. Med hjälp av skalan under, var god ange hur mycket du upplever att du plågats av tinnitus senaste tiden

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Var god förklara: _____

14. Vad förvärrar din tinnitus?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Trötthet | ☐ Stress |
| ☐ Ängest | ☐ Starka ljud |
| ☐ Alkohol | ☐ Koffein |
| ☐ Annat: _____ | |

15. Är tinnitus mer plågsam för dig vid något specifikt tillfälle under dagen?

- | | |
|--|---|
| ☐ På morgonen | ☐ På arbetet |
| ☐ På kvällen | ☐ När jag försöker koncentrera mig |
| ☐ Vid sociala aktiviteter | ☐ När jag är omgiven av ljud |
| ☐ Annat: _____ | |

16. Påverkar tinnitus dig i någon av följande aktiviteter?

- ☐ Arbete ☐ Familj ☐ Sociala aktiviteter ☐ Fritid ☐ Sömn ☐ Träning ☐ Annat :

Var god förklara: _____

17. Är du deprimerad, spänd eller nervös? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, är du för tillfället under behandling av depression eller ångest? ☐ Ja ☐ Nej

Om du är deprimerad eller ängslig, är din tinnitus en bidragande faktor till detta? ☐ Ja ☐ Nej

Var god förklara: _____

ARBETE

18. Är du yrkesverksam? ☐ Ja ☐ Nej

Vad arbetar du med? _____

19. Blir du negativt påverkad av din tinnitus på arbetet? ☐ Ja ☐ Nej

Var god förklara: _____

20. Har du pratat om din tinnitus med vänner eller familj? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, hur var deras reaktion? _____

BEHANDLINGSHISTORIK

21. Har du blivit undersökt av en läkare eller annan vårdpersonal för din tinnitus? Sätt ett kryss vid de som är aktuella

☐ Läkare ☐ ÖNH-läkare ☐ Audiolog ☐ Andra: _____

Var god förklara: _____

22. Var god ange behandling (inklusive läkare och psykolog) som du har erhållit för din tinnitus. (Uppge ett datum om möjligt).

23. Var god ange operationer du genomgått (som potentiellt kan vara relaterat till din tinnitus)

24. Har du några öron-näsa-hals besvär?

25. Har du några andra kommentarer eller bekymmer relaterat till din tinnitus, tex. hur tinnitus påverkar din taluppfattning i lugna eller stökiga ljudmiljöer?
