

Klinik für HNO und Kommunikationsstörungen (Hör-, Stimm- und Sprachstörungen)

Leiterin des Schwerpunktes: Univ.-Prof. Dr. A. Keilmann

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Langenbeckstr. 1

55131 Mainz

Telefon: 06131/17-2473

Telefax: 06131/17-6623

Sprechstunde nach Vereinbarung

Fragebogen zur Anmeldung von Patienten mit Stimmstörungen

Name: PLZ / Wohnort:

Vorname: Straße:

Geb.-Datum: tel. erreichbar:

Geschlecht: Krankenkasse:

e-mail-Adresse: Versichert mit wem:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie uns wegen einer Stimmstörung, also einer Veränderung des Stimmklanges oder einer Einschränkung Ihrer stimmlichen Belastungsfähigkeit aufsuchen, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen. Wenn Ihre Beschwerden die Stimme allgemein betreffen, brauchen Sie nur die Teile 1 und 2 der Fragen zu beantworten, wenn Sie auch singen, dann beantworten Sie bitte auch die Fragen ab Abschnitt 3. Bitte füllen Sie in jedem Fall auch den Voice-Handicap-Index auf der letzten Seite aus.

Die ausgefüllten Unterlagen und ein aktuelles **Tonaudiogramm Ihres HNO-Arztes** übersenden Sie uns bitte zur Anmeldung oder bringen Sie zum Untersuchungstermin mit.

1. Schildern Sie Ihr Stimmproblem:

1.1 Wie lange haben Sie Ihr derzeitiges Stimmproblem schon?

1.2 Kennen Sie die Ursache? ja nein

Wenn ja, welche? (Erkältung, Schreien, exzessives Sprechen, Singen, Operation)

1.3 Begann Ihr Stimmproblem langsam oder trat es plötzlich auf?

(langsam, plötzlich)

1.4 Wie ist der Verlauf bisher gewesen? Bleiben Ihre Beschwerden gleich, schwanken sie, werden sie besser oder nehmen sie zu?

1.5 Schildern Sie die Belastung Ihrer Stimme, (z. B. täglich 5 h im Unterricht und 1 h zu Hause, 1 x pro Woche leite ich ein Handball-Training/2h, 1 x pro Woche singe ich im Kirchenchor/1.5h)

1.6 Welche Symptome haben Sie?

- raue Stimme
- Behauchtheit (Luft auf der Stimme)
- Ermüdungszeichen (die Stimme lässt nach, wenn Sie sie belasten)
- Volumenprobleme (es ist schwer, die Stimme sehr laut oder sehr leise zu gebrauchen)
- Probleme, besonders mit hohen oder besonders mit tiefen Tönen
- die Sprechstimme ist höher oder tiefer geworden
- die Stimme muss zunächst warm werden (über eine ½ Stunde)
- die Luft reicht nicht aus
- Kratzen oder Brennen
- Kloßgefühl oder Fremdkörpergefühl
- Enge- oder Druckgefühl
- Verschleimungsgefühl
- Hustenreiz

1.7 Haben Sie durch eigene Erfahrung oder Stimmschulung Strategien entwickelt, mit der Stimme besser umzugehen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

2. Allgemeine Fragen

2.1 Haben oder hatten Sie Probleme mit den Ohren oder der Nase?

2.2 Liegt bei Ihnen eine Allergie vor? ja nein
Wenn ja, wogegen?

2.3 Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viel und wie lange schon?

2.4 Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich? Welche Getränke trinken Sie?

2.5 Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Bitte geben Sie alle Medikamente in der derzeit eingenommenen Menge an:

2.6 Leiden Sie unter Sodbrennen? ja nein

2.7 Mussten Sie jemals operiert werden? ja nein
Welche Operationen wurden durchgeführt?

2.8 Bestehen bei Ihnen andere gesundheitliche Probleme, die noch nicht erwähnt wurden (z. B. Asthma) ?

2.9 Besteht eine Hörstörung? ja nein
Wenn ja, tragen Sie Hörgeräte? ja nein

3. Wenn Sie uns auch wegen Ihrer Singstimme aufsuchen, dann beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen.

- 3.1 Singen Sie derzeit professionell oder als Amateur ?
- 3.2. Hatten Sie eine professionelle Ausbildung? ja nein
- 3.3 In welchem Alter haben Sie mit Gesangsunterricht begonnen? Im Alter von ___ Jahren.
- 3.4 Gab es monate- oder jahrelange Unterbrechungen des Gesangsunterrichtes?
Beschreiben Sie Ihre Lehrerwechsel! Wie lange arbeiten Sie mit Ihrem jetzigen Lehrer?

- 3.5 Nennen Sie Ihre Stimmgattung /Ihr Stimmfach: _____
- 3.6 Spielen Sie ein Musikinstrument? ja nein
Wenn ja, welches?

- 3.7 Hatten Sie jemals Atem-, Stimm- und Sprechtherapie? Wie lange, in welcher Zeit,
mit welchem Erfolg und warum?

- 3.8 Wie viele Jahre singen Sie aktiv? _____ Jahre
- 3.9 Welche Musikrichtung singen Sie?
Klassik, Showmusik, Rock, Volksmusik, andere: _____
- 3.10 Was sind die langfristigen Ziele Ihrer Gesangskarriere?
 Opernsänger mit Premierenvorstellungen
 Popsänger mit Premierenvorstellungen
 Nebenberufliche Gesangstätigkeit
 Klassischer Gesang
 Amateurveranstaltungen, Solo oder Chor
 Amateursingen zum eigenen Vergnügen
 Andere Ziele: _____
- 3.11 Üben Sie einen Beruf zusätzlich zu Ihrer Gesangstätigkeit aus? Wird Ihre Stimme
dabei beansprucht?

- 3.12 Wie oft und wie lange üben Sie:
 Gesangsübungen: _____
 Arbeiten an der Literatur mit Korepetitor oder alleine: _____
 Probenarbeiten in letzter Zeit: _____
- 3.13 Wärmen Sie Ihre Stimme vor dem Singen auf? Wie lange, in welcher Art wärmen
Sie sich auf? _____
- 3.14 Wie lange singen Sie z. Z. pro Tag? _____
- 3.15 Nehmen Sie vor dem Singen etwas zu sich? ja (Schokolade, Kaffee, Alkohol,
Milch oder Eiscreme, Nüsse, scharf gewürzte Speisen), nein
- 3.16 Haben Sie sog. Rituale vor dem Auftritt? Wenn ja, dann beschreiben Sie diese bitte:

- 3.17 Haben Sie bestimmte technische Schwierigkeiten beim Singen? Wenn ja, bitte
beschreiben Sie diese Schwierigkeiten:

3.18 Unter welchen Bedingungen singen Sie?

- Ich singe oft im Freien.
- Ich singe oft in großen Hallen.
- Ich singe meist mit Orchester.
- Ich tanze gleichzeitig.
- Ich muss auch viel Sprechen.
- Ich benutze Lautsprecher.
- Ich singe in lauter Umgebung.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in jedem Fall, auch wenn sie nicht singen.

Kurze Version des Voice-Handicap-Index mit 12 Fragen (Deutsche Fassung)

	Datum									
	Name, Vorname									
	Diagnose									
	Beruf									
	Ich brauche meine Sprechstimme vorwiegend für	Beruf	Freizeit	normale Unterhaltung						
	Ich brauche meine Singstimme vorwiegend für	Beruf	Freizeit	nichts dergleichen, ich singe nicht						
	Ich schätze meine Gesprächigkeit so ein (bitte ankreuzen):									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	stiller Zuhörer		normaler Sprecher				äußerst gesprächig			
	Im Folgenden finden sie Feststellungen, mit denen viele Menschen ihre Stimme und die Wirkung ihrer Stimme auf ihr Leben beschreiben. Kreuzen Sie die Antwort an, die anzeigt, wie häufig Sie dieselbe Erfahrung machen.									
	Bitte kreuzen Sie an: 0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = immer									
P17	Bevor ich spreche, weiß ich nicht, wie klar meine Stimme klingen wird.	0	1	2	3	4				
P21	Abends ist meine Stimme schlechter.	0	1	2	3	4				
P14	Ich habe das Gefühl, dass ich mich anstrengen muss, wenn ich meine Stimme benutze.	0	1	2	3	4				
E24	Ich bin weniger kontaktfreudig wegen meines Stimmproblems.	0	1	2	3	4				
F8	Vielen Leuten geht meine Stimme anscheinend auf die Nerven.	0	1	2	3	4				
F19	Ich fühle mich bei Unterhaltungen wegen meiner Stimme ausgeschlossen.	0	1	2	3	4				
F 3	Anderen fällt es schwer, mich in einem lauten Raum zu verstehen.	0	1	2	3	4				
F5	Meine Familie hört mich kaum, wenn ich zuhause nach ihnen rufe.	0	1	2	3	4				
F1	Man hört mich wegen meiner Stimme schlecht.	0	1	2	3	4				
E28	Es ist mir peinlich, wenn Leute mich bitten, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4				
E27	Ich ärgere mich, wenn man mich bittet, etwas zu wiederholen.	0	1	2	3	4				
E30	Ich schäme mich wegen meines Stimmproblems.	0	1	2	3	4				

Vielen Dank, dass Sie sich bemüht haben, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Das erleichtert uns unser weiteres Vorgehen, die Informationen fließen in Ihre Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt und der Logopädin ein.