
Fragebogen zur Anmeldung von Patienten mit Stimmstörungen

Name: _____ PLZ / Wohnort _____

Vorname: _____ Straße: _____

Geb. Datum: _____ tel. erreichbar: _____

Geschlecht: _____ Krankenkasse: _____

Email-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. Wie begann Ihr Stimmproblem? 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 / 2 Stunden, 1x pro Woche singe ich im Kirchenchor / 1,5 Stunden)

1.6. Welche Symptome haben Sie?

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

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 welche? _____

- 2.3. Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja wie viel und wie lange? _____

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 derzeitigen eingenommenen Menge an:

2.6 Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein

2.7. Mussten Sie jemals operiert werden? Ja Nein

Welche Operation wurde durchgeführt?

2.8. Bestehen bei Ihnen andere gesundheitlichen 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 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- oder 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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Opernsänger mit Premierenvorstellung | <input type="checkbox"/> Klassischer Gesang |
| <input type="checkbox"/> Popsänger mit Premierenvorstellung | |
| <input type="checkbox"/> Nebenberufliche Gesangstätigkeit | <input type="checkbox"/> Amateurveranstaltungen,
Solo oder Chor |
| <input type="checkbox"/> Amateursingen zum eigenen Vergnügen | |
| <input type="checkbox"/> 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 Korrepetitor 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 zurzeit 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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich singe oft im Freien | <input type="checkbox"/> Ich singe oft in großen Halle |
| <input type="checkbox"/> Ich singe m | <input type="checkbox"/> Ich tanze gleichzeitig |
| <input type="checkbox"/> Ich muss auch viel Sprechen | <input type="checkbox"/> Ich benutze Lautsprecher |
| <input type="checkbox"/> 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

Datum	Name, Vorname
	Beruf

Ich brauche meine Sprechstunde vorwiegend für	Beruf	Freizeit	normale Unterhaltung									
Ich brauche meine Singstimme vorwiegend für			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 / die Wirkung ihrer Stimme auf ihr Leben beschreiben. Kreuzen Sie die Antwort an die zeigt 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 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	Wegen meines Stimmproblems bin ich weniger kontaktfreudig.							0	1	2	3	4
F8	Ich meide größere Gruppen wegen meiner Stimme.							0	1	2	3	4
F19	Ich fühle mich bei Unterhaltungen wegen meiner Stimme ausgeschlossen.							0	1	2	3	4
F3	Anderen fällt es schwer, mich in einer lauten Umgebung zu verstehen.							0	1	2	3	4
F5	Meine Familie hat Schwierigkeiten, mich zu hören, 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 man mich bittet, 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.