

ANAMNESE

Klaffende Tube (Tuba aperta)

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

1. Aktuelle Beschwerden

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Verzerrtes Hören der eigenen Stimme (Autophonie)
 - Echoempfinden beim Sprechen
 - Druckgefühl im Ohr (ähnlich Flugstart/-landung)
 - Atemgeräusche im Ohr
 - Klicken / Knacken im Ohr
 - Gefühl „wie unter einer Glocke“
 - Subjektive Hörminderung
 - Ohrgeräusche (Tinnitus)

Betroffenes Ohr:

rechts links beidseits

2. Lageabhängigkeit der Beschwerden

- Deutliche Besserung im Liegen
 - Besserung beim Vorbeugen
 - Keine Veränderung durch Lagewechsel
 - Verschlechterung im Sitzen oder Stehen

3. Zeitlicher Verlauf

- Beschwerden dauerhaft vorhanden
 - Beschwerden phasenweise
 - Beginn plötzlich
 - Beginn schlechend

Seit wann bestehen die Beschwerden?

4. Mögliche Auslöser

- Starker Gewichtsverlust (wie viel? kg)
- Hörsturz
- Mittelohrentzündung
- Zahnbehandlung (langes Offenhalten des Mundes)
- Kieferorthopädische Behandlung
- Häufiges bewusstes Druckausgleichen
- Hormonelle Umstellung / Therapie
- Keine der genannten Ursachen

5. Vorbehandlungen

- Medikamente
- Physiotherapie / Osteopathie
- Injektionen an der Tube
- Operative Maßnahmen
- Keine Vorbehandlung

Falls ja, mit welchem Erfolg?

6. Belastung im Alltag

Wie stark beeinträchtigen die Beschwerden Ihre Lebensqualität?

gering mittel hoch sehr hoch

- Rückzug aus Gesprächen / sozialem Leben
- Vermeidung des Sprechens
- Berufliche Einschränkungen

7. Frühere Diagnosen

- Tubenfunktionsstörung
- Psychosomatische Diagnose
- Unklare Ursache
- Keine Diagnose gestellt

8. Sonstige Hinweise

Gibt es weitere Beschwerden oder Beobachtungen, die Ihnen wichtig erscheinen?

.....
.....
.....

Datum, Unterschrift

Dieser Fragebogen dient der strukturierten Erfassung typischer Symptome einer klaffenden Tube und ersetzt keine ärztliche Untersuchung. Die Auswertung erfolgt im Rahmen der spezialisierten Sprechstunde.