

## 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 schleichend

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

- |  | gering                   | mittel                   | hoch                     | sehr hoch                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie stark beeinträchtigen die Beschwerden Ihre Lebensqualität?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rückzug aus Gesprächen / sozialem Leben |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung des Sprechens                |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 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.