



# JIAS-Fragebogen Erwachsene



Name:	Vorname:	Geb.-Dat:
Adresse:		
Tel. Nr:	E-Mail:	
Fragebogen ausgefüllt am:		

Frage	Ja	Nein
1. Probleme mit Ohrinfektionen, Paukenergüssen oder sonstige Hörprobleme?		
Kommentare:		
2. Schwierigkeiten mit Hintergrundgeräuschen?		
Kommentare:		
3. Schwierigkeiten, sich gesprochene Informationen zu merken?		
Kommentare:		
4. Langsam beim Antworten auf gesprochene Fragen?		
Kommentare:		
5. Überempfindlich gegenüber bestimmten Geräuschen?		
Kommentare:		
6. Missverstehen von Wörtern?		
Kommentare:		
7. Intonation flach / monoton? Nicht gut im Nachsingen von Tönen?		
Kommentare:		
8. Leiden Sie unter Tinnitus? Wenn ja, seit wann? Auf welchem Ohr? Wie klingt der Tinnitus (Brummen, Rauschen, Pfeifen)? Wie stark nehmen Sie ihn wahr (wenig, deutlich, stark)?		
Kommentare:		

Fragen	Ja	Nein
9. Befinden Sie sich in Physiotherapeutischer Behandlung?		
Kommentare:		
10. Nehmen Sie Medikamente ein?		
Kommentare:		
11. Wurde das Hören bereits überprüft? Wenn ja, wann? Ergebnis?		
Kommentare:		
12. Ist die Konzentrationsfähigkeit aus Ihrer Sicht beeinträchtigt?		
Kommentare:		
13. Sind Sie verträumt / abwesend?		
Kommentare:		
14. Sind Sie eher unruhig?		
Kommentare:		
15. Haben Sie Schlafprobleme?		
Kommentare:		
16. Leiden Sie unter Schmerzen? (Kopf, Kiefer, Wirbelsäule)		
Kommentare:		
17. Fühlen Sie sich gestresst oder ausgebrannt?		
Kommentare:		
Weitere Anmerkungen:		