



JIAS-Fragebogen Erwachsene

Name:	Vorname:	Geb.-Dat:
Strasse:	Ort:	
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 aktuell in einer therapeutischen 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:		
18. In welchen Lebenssituationen nehmen Sie die Beeinträchtigung am stärksten wahr?		
Kommentare:		
19. Wie gross ist Ihr Leidensdruck in einer Skala von: 0 (überhaupt nicht) ----- bis ----- 10 (massiver Leidensdruck)		
20. Weitere Anmerkungen:		