



ENGLISCH/ENGLISH

10. Störung der Sinneswahrnehmung *- disruption of sensory perception*

Deutsch

English

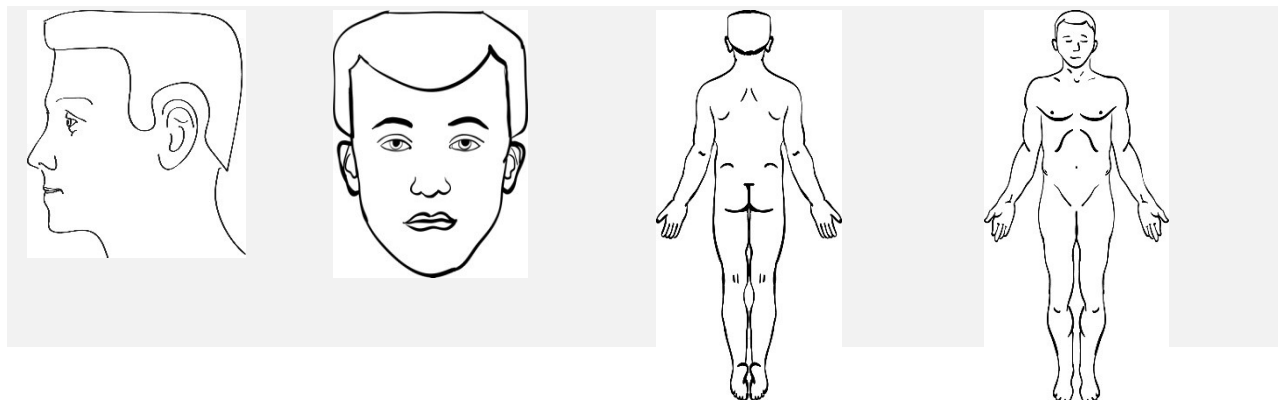
		JA/ YES	NEIN/ NO
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	<i>I got injured or had an accident.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	<i>I have known back problems/ spinal issues.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	<i>I already had a slipped/herniated disc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	<i>I have a diagnosed neural disease.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<i>Multiple sclerosis.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	<i>I have a tumorous disease affecting the nervous system</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	<i>I already suffered a stroke.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taubheitsgefühl

Numbness

☐ ☐

Wenn ja:	If so:
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	<i>Please mark the symptoms' location.</i>



Nein/ No

Ja/ Yes

Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden	<i>I perception differs in both</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

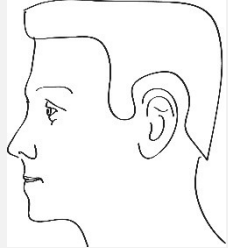

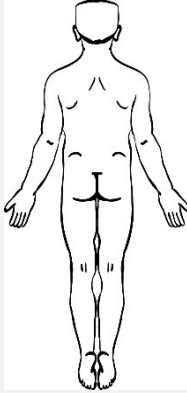
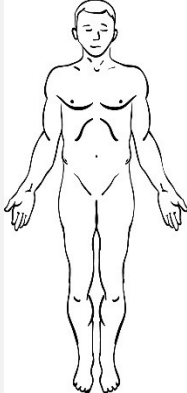


Körperhälften.	halfs oft he body		
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Since when do you feel the disruption?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Please mark the relevant.		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	A few hours		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 day		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	2 to 6 days		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	More than 1 week		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 month		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	How did the disruption set in?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Creeping		
<input type="checkbox"/> plötzlich	suddenly		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	caused by an injury/ an accident		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Triggered by a different incident		

LÄHMUNG

PARALYSIS/PALSY

☐ ☐

Wenn ja:	If so:
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	Please mark the symptoms' location.
	
	

Ja/ Yes Nein/ No

Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine	My current disruption is limited	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	--------------------------	--------------------------



Körperhälfte. *to one half of my body*

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? *Since when do you feel the disruption?*

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. PLEASE MARK THE RELEVANT.

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>A few hours</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | <i>1 day</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>2 to 6 days</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>More than 1 week</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 month</i> |

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *How did the disruption set in?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Creeping</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>suddenly</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>caused by an injury/ an accident</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Triggered by a different incident</i> |

JA/ YES

NEIN/
NO

Mir ist schwindelig.	I am dizzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	------------	--------------------------	--------------------------

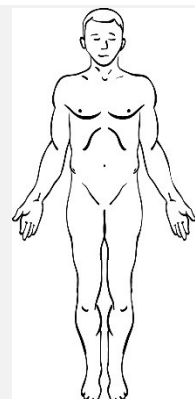
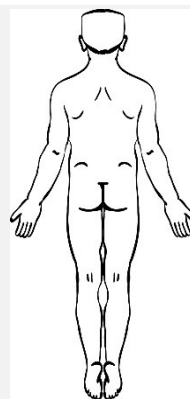
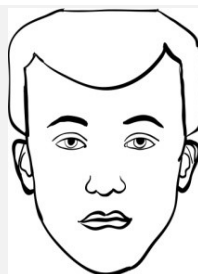
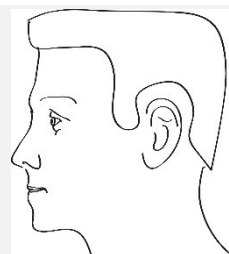
Kribbeln

Prickle

☐ ☐

Wenn ja: *If so:*

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen. *Please mark the symptoms' location.*



Ja/ Yes Nein/ No

Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine	<i>The disruption is limited to one</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------



Körperhälfte.	<i>half of my body</i>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Since when do you feel the disruption?</i>
BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.	PLEASE MARK THE RELEVANT.
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>A few hours</i>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 day</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>2 to 6 days</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>More than 1 week</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 month</i>
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>How did the disruption set in?</i>
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Creeping</i>
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>suddenly</i>
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>caused by an injury/ an accident</i>
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Triggered by a different incident</i>
Welche Qualität haben die Beschwerden?	<i>How do you describe the quality of the disruption</i>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Please mark the relevant.
<input type="checkbox"/> zunehmend	<i>increasing</i>
<input type="checkbox"/> konstant	<i>constant</i>
<input type="checkbox"/> abnehmend	<i>decreasing</i>
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	<i>Varying, sometimes more, sometimes less intense</i>
<input type="checkbox"/> wandernd	<i>Changing its location</i>
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	<i>Under mechanic pressure more intense</i>
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	<i>Getting less intense when I am moving</i>
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	<i>Getting more intense when I am moving</i>

NEIN/
JA/ YES NO



Kraftverlust

Loss of power

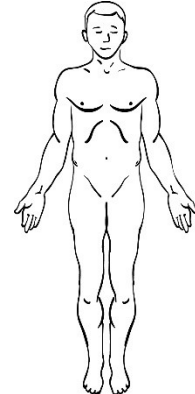
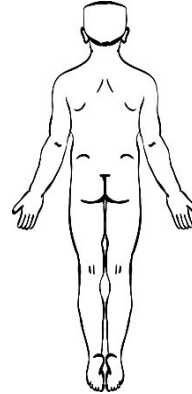
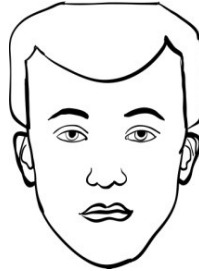
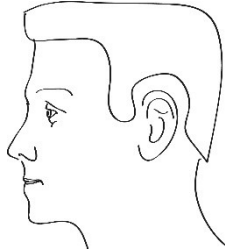


WENN JA:

IF SO:

- ☐ Welche Körperregionen sind betroffen?

Please mark the symptoms' location.



Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.

The Current disruption is limited to one side of the body



Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

Since when do you feel the disruption?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

- ☐ ein paar Stunden

A few hours

- ☐ 1 Tag

1 day

- ☐ 2 bis 6 Tage

2 to 6 days

- ☐ über 1 Woche

More than 1 week

- ☐ 1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

How did the disruption set in?

- ☐ schleichend

Creeping

- ☐ plötzlich

suddenly

- ☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

- ☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident

JA/ YES NEIN/



NO

Verlust des Geschmackssinnes

loss of taste perception

☐☐

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

☐ ein paar Stunden

A few hours

☐ 1 Tag

1 day

☐ 2 bis 6 Tage

2 to 6 days

☐ über 1 Woche

More than 1 week

☐ 1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

☐ schleichend

Creeping

☐ plötzlich

suddenly

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident

JA/ YES

NEIN/
NO

Ich kann überhaupt keinen
Geschmack mehr wahrnehmen.

I do not taste anything.

☐☐

Ich kann heiß und kalt im Mundraum
nicht unterscheiden.

*I cannot differentiate between a
cold and a hot perception*

☐☐

Ich kann folgende
Geschmacksrichtung nicht mehr
wahrnehmen:

I cannot taste the following flavor

☐ süß

Sweet

☐ sauer

Sour

☐ salzig

Salty

☐ bitter

bitter

☐ scharf

spicy

JA/ YES

NEIN/
NO



Mein Gehör hat sich
verschlechtert.

*My auditive perception got
worse*

☐ ☐

Wenn ja:

If so:

☐ beide Ohren

On both ears

☐ nur ein Ohr

Only on one ear

JA/ YES

NEIN/
NO

Ich höre nichts mehr.

I do not hear anything

☐

☐

Wenn ja:

If so:

☐ beide Ohren

On both ears

☐ nur ein Ohr

Just on one ear

JA/ YES

NEIN/
NO

Mir ist schwindelig.

I am dizzy.

☐

☐

Ich habe Ohrenschmerzen.

I have pain in my ears.

☐

☐

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

☐ ein paar Stunden

A few hours

☐ 1 Tag

1 day

☐ 2 bis 6 Tage

2 to 6 days

☐ über 1 Woche

More than 1 week

☐ 1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

☐ schleichend

Creeping

☐ plötzlich

suddenly

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident

JA/ YES

NEIN/
NO

Ich habe neu aufgetretene
Sehstörungen.

*I experience sight disorders
which I did not have before*

☐

☐

Wenn ja:

If so:



<input type="checkbox"/> einseitig	<i>One side</i>		
<input type="checkbox"/> beidseitig	<i>Both sides</i>		
		JA/ YES	NEIN/ NO
Ich sehe verschwommen/unscharf.	<i>I see fuzy.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	<i>I have trouble seeing things nearby.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	<i>I have trouble seeing things far away.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	<i>I see double images.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	<i>My sight is very limited to the sides.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	<i>I cannot differenciate between colours anymore.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	<i>I feel dizzy.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Since when do you feel the disruption?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Please mark the relevant.</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>A few hours</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 day</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>2 to 6 days</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>More than 1 week</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 month</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>How did the disruption set in?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Creeping</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>suddenly</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>caused by an injury/ an accident</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Triggered by a different incident</i>		
		JA/ YES	NEIN/ NO
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	<i>I lost my olfaction/ sense of smell.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	<i>My perception of smell got worse.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch scharfe oder	<i>I only smell spicy and</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



unangenehme Gerüche wahrnehmen. *unpleasent smells.*

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

*Since when do you feel the
disruption?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Please mark the relevant.

☐ ein paar Stunden

A few hours

☐ 1 Tag

1 day

☐ 2 bis 6 Tage

2 to 6 days

☐ über 1 Woche

More than 1 week

☐ 1 Monat

1 month

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

How did the disruption set in?

☐ schleichend

Creeping

☐ plötzlich

suddenly

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

caused by an injury/ an accident

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Triggered by a different incident