

Tinnitus Functional Index

Name: _____ Datum: _____

Bitte lesen Sie jede der folgenden Fragen sorgfältig durch. Um eine Frage zu beantworten, wählen Sie EINE der für diese Frage aufgeführten Zahlen aus und kreisen Sie diese ein.

I	In der vergangenen Woche
1.	Wie viel Prozent Ihrer Wachzeit waren Sie sich Ihres Tinnitus bewusst? <i>Nie bewusst</i> 0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 % <i>Immer bewusst</i>
2.	Wie stark oder laut war Ihr Tinnitus? <i>Überhaupt nicht stark / laut</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Extrem stark / laut</i>
3.	Wie viel Prozent Ihrer Wachzeit waren Sie durch Ihren Tinnitus gestört? <i>Nie</i> 0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 % <i>Immer</i>
SC	In der vergangenen Woche
4.	Hatten Sie das Gefühl, Ihren Tinnitus unter Kontrolle zu haben? <i>Sehr gute Kontrolle</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Keine Kontrolle</i>
5.	Wie gut kamen Sie mit Ihrem Tinnitus zurecht? <i>Sehr leicht zu bewältigen</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Unmöglich zu bewältigen</i>
6.	Wie leicht fiel es Ihnen, Ihren Tinnitus zu ignorieren? <i>Sehr leicht zu ignorieren</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Unmöglich zu ignorieren</i>
C	In der vergangenen Woche: Inwieweit hat Ihr Tinnitus Sie beeinträchtigt?
7.	Ihre Fähigkeit, sich zu konzentrieren? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
8.	Ihre Fähigkeit, klar zu denken? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
9.	Ihre Fähigkeit, Ihre Aufmerksamkeit auf andere Dinge als Ihren Tinnitus zu richten? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
SL	In der vergangenen Woche
10.	Wie oft hat Ihr Tinnitus Ihnen das Einschlafen oder Durchschlafen erschwert? <i>Nie Schwierigkeiten gehabt</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Immer Schwierigkeiten gehabt</i>
11.	Wie oft hat Ihr Tinnitus Ihnen Schwierigkeiten bereitet, so viel Schlaf zu bekommen, wie Sie gebraucht haben? <i>Nie Schwierigkeiten gehabt</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Immer Schwierigkeiten gehabt</i>
12.	Wie oft hat Ihr Tinnitus Sie daran gehindert, so tief oder so ruhig zu schlafen, wie Sie es gerne gehabt hätten? <i>Nie</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Immer</i>
A	Inwieweit hat Ihr Tinnitus Sie beeinträchtigt...
13.	In Ihrer Fähigkeit, klar zu hören? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
14.	In Ihrer Fähigkeit, Menschen zu verstehen, die sprechen? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
15.	In Ihrer Fähigkeit, Gesprächen in einer Gruppe oder bei Besprechungen zu folgen? <i>Keine Beeinträchtigung</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <i>Vollständige Beeinträchtigung</i>

R Inwieweit hat Ihr Tinnitus Sie beeinträchtigt...		
16. Bei ruhigen Freizeitaktivitäten? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
17. In Ihrer Fähigkeit, sich zu entspannen? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
18. In Ihrer Fähigkeit, „Frieden und Ruhe“ zu genießen? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
Q Inwieweit hat Ihr Tinnitus Sie beeinträchtigt...		
19. Beim genießen sozialer Aktivitäten? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
20. Beim genießen des Lebens? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
21. In Ihren Beziehungen zu Familie, Freunden und anderen Menschen? <i>Keine Beeinträchtigung</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Vollständige Beeinträchtigung</i>
22. Wie oft hat Ihr Tinnitus dazu geführt, dass Sie Schwierigkeiten hatten, Ihre Arbeit oder andere Aufgaben zu erledigen, wie z. B. Hausarbeit, Schularbeiten oder die Betreuung von Kindern oder anderen Personen? <i>Nie Schwierigkeiten gehabt</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Immer Schwierigkeiten gehabt</i>
E In der vergangenen Woche		
23. Wie unruhig oder besorgt hat Sie Ihr Tinnitus gemacht? <i>Überhaupt nicht ängstlich oder besorgt</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Extrem ängstlich oder besorgt</i>
24. Wie sehr hat Sie Ihr Tinnitus gestört oder verärgert? <i>Überhaupt nicht beunruhigt oder aufgebracht</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Extrem beunruhigt oder aufgebracht</i>
25. Wie deprimiert waren Sie aufgrund Ihres Tinnitus? <i>Überhaupt nicht deprimiert</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Extrem deprimiert</i>
Deutschsprachige Version des Tinnitus Functional Index 2022		

Ergänzende Fragestellung:

1. Hatten Sie in der Vergangenheit ein Halswirbelsäulentrauma bzw. eine Operation? Ja Nein
2. Hatten Sie in der Vergangenheit wiederkehrende Schmerzen im Bereich Ihrer Halswirbelsäule? Ja Nein
3. Tritt Ihr Tinnitus gemeinsam mit Schmerzen an Ihrer Halswirbelsäule auf? Ja Nein
4. Hatten Sie in der Vergangenheit wiederkehrende Schmerzen im Kopf-/ Kiefer-/ Gesichtsbereich? Ja Nein
5. Hatten Sie in der Vergangenheit Kiefergelenkgeräusche (Knacken/Reiben)? Ja Nein
6. Knirschen oder Pressen Sie am Tag oder in der Nacht? Ja Nein
7. Leiden Sie an Zahnerkrankungen? Ja Nein
8. Verändert sich Ihr Tinnitus durch Bewegungen Ihres Kopfes, Halses, Kiefers, Augen? Ja Nein
9. Können Sie Ihre Ohrgeräusche eigenständig verändern? Ja Nein
10. Bewerten Sie bitte die Lautstärke, Belästigung und Auswirkung Ihrer Ohrgeräusche auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (maximal): 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10