

Checkliste Ohnmacht

Wichtige Fragen zur Abklärung

Dr. med. Karl Eberius

Name: Manja Muehler
Alter: 54 Jahre
Beruf: Journalistin
Datum der aktuellen Herzuntersuchung: 4. Mai 2018

Frage	ja	nein	wertig nicht
Sind Sie bei der Ohnmachtstunde gestört? Haben Sie sich bei dem Ereignis verletzt? (z. B. Blutergüsse, Schürfwunden, Stürzen, Verletzungen, Knochenbrüche)?	X		
→ Falls ja, Art der Verletzung: Bleibt für Sie das Ereignis teilweise oder vollständig nie einschmerzhaft?	X		
Erscheint vor dem Bewusstseinsverlust Schwindel, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Herzklopfen oder Schwindelgefühle voran? → Falls ja, wie lange ungefähr? (z. B. 10 Sek., 1 Min): Können Sie sich nach dem Ereignis mit Uebelkeit, Schwindel, Blausucht, Schweißausbruch, kaltem Schweiß oder kaltem Schweiß überdecken? → Falls ja, welche ungefähr? (z. B. 10 Sek., 1 Min): Ist die Attacke —> typischerweise eher kurzweiliger, einseitiger oder beidseitiger? (z. B. 10 Sek., 1 Min): Haben Sie direkt vor dem Ereignis Herzklopfen, Herzrasen, Herzstillsitzen oder sehr langsames Pulsvergehen bemerkt? Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		
Haben Sie eine Herzrhythmusstörung? → Falls ja, wie oft ca. <u>3</u> Mal? Erstmalig im Alter von <u>42</u> Jahren?	X		

Checkliste 2.2

Checkliste

Wurden Sie schon einmal ohnmächtig?

Sie wurden ohnmächtig oder Sie sind gestürzt und es ist unklar, ob der Sturz vielleicht aufgrund einer kurzen Bewusstlosigkeit erfolgt ist? Dann sollten Sie das Ereignis unbedingt professionell abklären lassen. Füllen Sie dafür diese Checkliste aus und geben Sie den Bogen Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, womit sich die Ursachen-Klärung oft erheblich verbessern lässt.

Wichtig ist eine sorgfältige Abklärung von Ohnmachtsattacken insbesondere, um eine Wiederholung mit eventuellen Stürzen und Verletzungen zu verhindern. Unbedingt zu klären ist z. B. die Frage, ob an der Bewusstlosigkeit das Herz beteiligt war. Denn bei Ohnmachtsattacken aufgrund von Herzproblemen ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod oft deutlich erhöht, zumindest solange keine entsprechenden Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Hinweis zum Ausfüllen: Verwenden Sie bitte, falls möglich, zur einfacheren Auswertung einen Farbstift (z. B. blauer Kugelschreiber). Beachten Sie, dass nicht alle Fragen einfach zu beantworten sind (bei Unklarheiten bitte Ihren Arzt/Ihre Ärztin ansprechen). Falls Sie früher bereits einmal ohnmächtig wurden und das aktuelle Geschehen sich davon unterscheidet, notieren Sie die Unterschiede bitte bei den einzelnen Fragen. Sollte jemand das Ereignis zufällig z. B. per Handy gefilmt haben, zeigen Sie das Video unbedingt Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin.

Name:

Alter:

Beruf:

Datum der aktuellen
Bewusstlosigkeit:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Sind Sie bei der Ohnmachtsattacke gestürzt?			
Haben Sie sich bei dem Ereignis verletzt (z. B. Blutergüsse, Schrammen, Platzwunden, Knochenbrüche)?			
↳ Falls ja, Art der Verletzung:			
Besteht für das Ereignis teilweise oder vollständig eine Erinnerungslücke?			
Gingen der Bewusstlosigkeit Symptome wie Übelkeit, Benommenheit, vermehrtes Schwitzen, Hitzewallungen oder Schwindelgefühle voraus?			
↳ Falls ja, wie lange ungefähr? (z. B. 10 Sek., 1 Min.):			
Konnten Sie sich nach dem Einsetzen erster Symptome noch rechtzeitig hinsetzen bzw. hinlegen oder hätten Sie dies noch tun können, wenn Sie sofort daran gedacht hätten?			
Trat die Attacke während oder kurz nach einer körperlichen Belastung auf (z. B. beim Treppensteigen, Sport oder bei sexueller Aktivität)?			
Haben Sie direkt vor dem Ereignis Herzklopfen, Herzstolpern, Herzrasen, einen ungleichmäßigen oder sehr langsamen Puls wahrgenommen?			
Haben Sie eine Herzerkrankung?			
Hatten Sie früher schon einmal Ohnmachtsattacken?			
↳ Falls ja, wie oft: ca. ____ Mal, erstmalig im Alter von ____ Jahren.			

Wie stark sind Sie durch die Ohnmachtsattacke beunruhigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(überhaupt nicht)

(sehr stark)

Wie stark schränkt das Thema Ohnmachtsattacken Ihren Alltag ein? Z. B. weil Sie deshalb Dinge wie Autofahren, Sport oder Veranstaltungen vermeiden oder am Arbeitsplatz eingeschränkt sind.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(überhaupt nicht)

(sehr stark)

In welcher Situation trat die Ohnmacht auf:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Beim Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen			
Bei längerem, mehr oder weniger regungslosem Stehen auf der Stelle (z. B. bei einer Gedenkveranstaltung, Trauerfeier, einem Gottesdienst)			
In einem stickigen Raum			
In einem Menschengedränge/überfüllten Raum			
In einer Schrecksituation			
Beim Anblick von Blut			
Bei einem medizinischen Eingriff (z. B. beim Verabreichen einer Spritze, Blutabnehmen, beim Zahnarzt)			
Im Rahmen von Schmerzen			
Bei Angstgefühlen			
Bei starken Emotionen (z. B. als Fan auf einem Pop-Konzert)			
Bei einem Streit			
Bei der Einnahme einer mittelgroßen bis größeren Mahlzeit (inkl. bis 2 Stunden nach Essensbeginn)			

In welcher Situation trat die Ohnmacht auf:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Nach dem Stolpern/nach einem Sturz			
Nach einem Schlag auf den Kopf			
An einem heißen Tag			
Bei einem heißen/warmen Bad oder unmittelbar danach			
Bei einem Saunabesuch			
Während oder in den Tagen nach einem Durchfall			
Im Sitzen			
Im Liegen in wachem Zustand			
Im Schlaf			
Beim Wasserlassen			
Beim Stuhlgang			
Beim Husten			
Beim Niesen			
Bei heftigem Schlucken			
Beim Autofahren			
Bei einer Kopfdrehung (z. B. Schulterblick beim Auto- oder Fahrradfahren)			
Beim Rasieren des Halses			
Beim Tragen eines Hemdes (oder anderen Oberteils) mit engem oder steifem Kragen			

In welcher Situation trat die Ohnmacht auf:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Bei Muskeltätigkeit mit einem oder beiden Armen (beispielsweise beim Fensterputzen oder bei Überkopfarbeiten)			
Bei optischen Reizen wie etwa flackerndes Licht vom Fernseher oder einem Videospiel, Stroboskoplicht in der Diskothek, Blitzlicht, schneller Wechsel von Schatten und durchscheinendem Sonnenlicht beim Vorbeifahren an Baumreihen			
Bei einem plötzlichen Geräusch (z. B. Klingeln des Weckers)			
Beim Loslachen/einem Lachanfall oder beim Witze erzählen			
↳ Falls ja: Schlafen Sie trotz ausreichend nächtlichem Schlaf tagsüber oft ein?			
Trat das Ereignis in einer anderen als den oben geschilderten Situationen auf?			
↳ Falls ja, bitte erläutern:			

Welche Symptome gingen dem Ereignis voraus?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Übelkeit			
Vermehrtes Schwitzen			
Hitze-/Wärmegefühl			
Benommenheitsgefühle			
Schwindelgefühle			
Flaues Gefühl im Körper			
Schwächegefühl			
Schwarz vor Augen			

Welche Symptome gingen dem Ereignis voraus?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Leere im Kopf			
Verschwommenes oder unscharfes Sehen			
Ohrgeräusche/Tinnitus/Ohrensausen (z. B. Klingeln, Pfeifen, Rauschen, Brummen, Piepston)			
Hörminderungen, bei der die Umgebung z. B. nur noch leise wahrgenommen wurde oder Stimmen schwach geklungen haben (als würden sie aus größerer Entfernung kommen) oder normale Gespräche wurden nur noch als Gemurmel wahrgenommen.			
Schnelles Ein- und Ausatmen (Hyperventilieren)			
Drückender Schmerz im Bereich von Schulter, Nacken und Hinterkopf (wegen des Ausbreitungsgebietes auch als Kleiderbügel-Schmerz bezeichnet)			
Ein Déjà-vu-Erlebnis (= Sie glaubten etwas Ihnen Unbekanntes schon einmal gesehen zu haben)			
Ein Jamais-vu-Erlebnis (= Sie glaubten etwas Bekanntes noch nie zuvor gesehen zu haben)			
Wahrnehmung von Gerüchen, die objektiv nicht vorhanden waren.			
Geschmackswahrnehmung, ohne Entsprechendes im Mund zu haben (z. B. unangenehmer metallischer Geschmack)			
Sonderbare Empfindung, bei der Sie das Gefühl hatten, dass sie aus dem Bauch heraus emporgestiegen ist.			
Optische Wahrnehmungen (z. B. Lichteindrücke, Lichtblitze, verzerrte Konturen)			
Gänsehaut			
Nackensteifigkeit (z. B. daran zu erkennen, dass Sie das Kinn nicht mehr zum Brustbein führen konnten bzw. dabei ungewohnte Schmerzen auftraten)			

Traten folgende Symptome <u>vor und/oder nach</u> dem Ereignis auf?	Ja	Nein	Weiß nicht
Beschwerden im Brustkorb (z. B. Schmerzen, Brennen, Druckgefühl)			
Atemnot			
Doppelbilder beim Sehen			
Wortfindungsstörungen (teilweise wurden nicht mehr die richtigen Worte gefunden) oder Wörter wurden fehlerhaft in Sätze eingebaut.			
Sprachverständnis-Probleme (Schwierigkeiten normale Sätze zu verstehen)			
Probleme beim Sprechen (z. B. verwaschenes, undeutliches oder verlangsamtes nicht flüssiges Sprechen)			
Unsicherheit beim Stehen, Gehen oder Sitzen (z. B. taumelnder Gang, Gehen nur noch breitbeinig möglich oder nur noch mit kleinen Schritten oder mit Unterstützung durch andere.)			
Schluck-Schwierigkeiten (= Schlucken funktionierte nicht mehr wie gewohnt)			
Probleme mit der Feinmotorik (z. B. unleserliche Schrift beim Schreiben, Tasse oder Glas kann beim Trinken nicht mehr ruhig zum Mund geführt werden.)			
Plötzlicher Kopfschmerz, der sich nicht über mehrere Stunden aufgebaut hat, sondern in kurzer Zeit sein Maximum erreicht hat.			
<p>↪ Falls ja: Wie stark würden Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1-10 einschätzen? (1 = ganz schwache Beschwerden, 10 = die schlimmsten vorstellbaren Schmerzen) _____</p>			
Brennendes Gefühl und/oder Schwäche in einem Arm (oder beiden)			
Falls Sie gestürzt sind, können Sie sich an den Sturzvorgang erinnern?			
Wie lange dauerte es, bis Sie nach der Bewusstlosigkeit nicht mehr verwirrt waren bzw. wieder einigermaßen normal denken konnten und ohne nachzudenken hätten beantworten können, wo Sie sind und welcher Tag heute ist? (Z. B. „sofort“, nach ca. 30 Sek., 10 Min.)			
Waren Sie nach dem Ereignis sehr müde bzw. haben Sie erst einmal geschlafen?			

Traten folgende Symptome <u>vor und/oder nach</u> dem Ereignis auf?	Ja	Nein	Weiß nicht
Haben Sie sich bei dem Ereignis auf die Zunge gebissen bzw. haben Sie an der Zunge Stellen bemerkt, die auf einen Zungenbiss zurückgehen könnten? (Typischerweise spürbar und/oder auch vor dem Spiegel bei herausgestreckter Zunge zu erkennen)			
↪ Falls ja, wo? <input type="checkbox"/> Seitlich an der Zunge <input type="checkbox"/> Zungenspitze			
Hatten Sie nach dem Ereignis Muskelschmerzen?			
Ist bei dem Vorfall Urin oder Stuhl abgegangen?			

Falls Sie bei der Bewusstlosigkeit nicht alleine waren, bitte bei Augenzeugen nach folgenden Punkten fragen:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Wie lange dauerte die Bewusstlosigkeit? (z. B. ca. 10 Sekunden, 2 Minuten, länger als 5 Minuten etc.) _____			
Waren Ihre Augen während der Bewusstlosigkeit offen?			
Sind bei dem Ereignis Muskelzuckungen aufgetreten/hat Ihr Körper gezuckt?			
↪ Falls ja: Wann haben die Muskelzuckungen begonnen? <input type="checkbox"/> Vor dem Sturz <input type="checkbox"/> Nach dem Sturz			
Wurden Sie blass (z. B. im Gesicht)?			
Verfärbte/n sich Ihre Haut (oder Schleimhäute) stellenweise bläulich/violett? (z. B. Lippen, Zunge, Gesicht, Fingerspitzen)			
↪ Wenn ja, bitte Lokalisation angeben:			
Haben Sie in der Anfangsphase schreiartige Laute von sich gegeben?			
Sind Sie steif wie ein Brett umgefallen?			<input type="checkbox"/> Nicht gestürzt
Oder sind Sie schlaff in sich zusammengesackt?			<input type="checkbox"/> Nicht gestürzt
Haben Sie sich bei einem Sturz noch mit den Händen abfangen können?			<input type="checkbox"/> Nicht gestürzt

Vorgeschichte/Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?	Ja	Nein	Weiß nicht
Bluthochdruck			
Epilepsie			
Parkinson			
Andere neurologische Erkrankung: _____			
Diabetes mellitus			
Koronare Herzkrankheit			
Angina pectoris			
Herzinfarkt			
Herzklappenerkrankung			
Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzmuskelentzündung (Myokarditis) oder andere Herzmuskelkrankheit inkl. Kardiomyopathie			
Herzfehler			
Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern)			
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?			
Ist in der Vergangenheit eine Herzkatheter-Untersuchung erfolgt?			
Ist bei nahen Verwandten vor dem 40. Lebensjahr ein plötzlicher Herztod aufgetreten?			
Wie viel Alkohol haben Sie in den 24 Stunden vor der Ohnmachtsattacke getrunken? _____			

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Dosierung (z. B. 1 - 0 - 1/2*)

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

* = 1 morgens, 0 mittags, 1/2 abends

Falls Sie in den Tagen vor dem Ereignis Ihre Medikamente aus Versehen anders als sonst eingenommen haben, was durchaus mal vorkommen kann, oder Verschreibungen geändert wurden, bitte erläutern (z. B. Einnahme vergessen / zu viel eingenommen / neues Medikament erhalten):

Falls Sie schon einmal wegen Ohnmachtsattacken behandelt wurden, bitte die Art der Behandlung angeben:

Impressum:

Autor: © Dr. med. Karl Eberius
Tannhäusering 47
D-68199 Mannheim

Für Hinweise und Kommentare zu dieser Checkliste:

karl.eberius@medizinjournalist.com
www.medizinjournalist.com

Wissenschaftliche Beratung: Prof. Dr. med. Wolfgang von Scheidt