

THI – Tinnitus Handicap Inventory		Ja	gelegentlich	Nein
1.	Fällt es Ihnen aufgrund Ihrer Ohrgeräusche schwer, sich zu konzentrieren ?	☐	☐	☐
2.	Hindert Sie die Lautstärke Ihrer Ohrgeräusche daran, andere Personen zu verstehen ?	☐	☐	☐
3.	Machen die Ohrgeräusche sie wütend ?	☐	☐	☐
4.	Machen die Ohrgeräusche sie verwirrt ?	☐	☐	☐
5.	Fühlen Sie sich aufgrund der Ohrgeräusche verzweifelt ?	☐	☐	☐
6.	Klagen Sie viel über die Ohrgeräusche ?	☐	☐	☐
7.	Hindern die Ohrgeräusche nachts am Einschlafen ?	☐	☐	☐
8.	Haben Sie das Gefühl, den Ohrgeräuschen nicht entkommen zu können ?	☐	☐	☐
9.	Beeinträchtigen die Ohrgeräusche ihr gesellschaftliches Leben (z.B. wenn Sie abends zum Essen ausgehen, bei Kinobesuchen) ?	☐	☐	☐
10.	Fühlen Sie sich aufgrund der Ohrgeräusche frustriert ?	☐	☐	☐
11.	Haben Sie aufgrund der Ohrgeräusche das Gefühl, an einer schrecklichen Krankheit zu leiden ?	☐	☐	☐
12.	Erschweren die Ohrgeräusche es Ihnen, ihr Leben zu genießen ?	☐	☐	☐
13.	Hindern Sie die Ohrgeräusche daran, Ihren Aufgaben im Beruf oder im Haushalt nachzukommen ?	☐	☐	☐
14.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie aufgrund der Ohrgeräusche oft gereizt sind ?	☐	☐	☐
15.	Fällt es Ihnen aufgrund der Ohrgeräusche schwer zu lesen ?	☐	☐	☐
16.	Bringen die Ohrgeräusche Sie aus der Fassung ?	☐	☐	☐
17.	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Ohrgeräusch-Problem auch die Beziehung zu Ihren Angehörigen und Freunden belastet ?	☐	☐	☐
18.	Fällt es Ihnen schwer, Ihre Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu richten als auf die Ohrgeräusche ?	☐	☐	☐
19.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie keine Kontrolle über die Ohrgeräusche haben ?	☐	☐	☐
20.	Sind Sie aufgrund der Ohrgeräusche müde ?	☐	☐	☐
21.	Sind Sie aufgrund der Ohrgeräusche bedrückt ?	☐	☐	☐
22.	Machen die Ohrgeräusche Ihnen Angst ?	☐	☐	☐
23.	Haben Sie den Eindruck, dass Sie mit den Ohrgeräuschen nicht länger umgehen können ?	☐	☐	☐
24.	Nehmen die Ohrgeräusche zu wenn Sie unter Stress stehen ?	☐	☐	☐
25.	Erzeugen die Ohrgeräusche bei Ihnen ein Gefühl der Unsicherheit ?	☐	☐	☐

