1	Data urodzenia: _ _/_ _/_ _ _ _ / (dzień/miesią/crok)
2	Płeć: Mężczyzna Kobieta
3	Jestem: praworęczny/-a leworęczny/-a oburęczny/-a
4	Występowanie szumów usznych w rodzinie: TAK jeśli TAK: rodzice rodzeństwo dzieci NIE
5	Początek: kiedy po raz pierwszy pojawiły się szumy uszne? _ _._ _._ _ _ _ (dzień/miesiąc/rok)
6	Jak się one pojawiły? Stopniowo Nagle
7	Czy początek szumów wiązał się z: Nagłym, głośnym dźwiękiem Nagłym odgięciem szyi Urazem głowy Pogorszeniem słuchu Stresem Innym wydarzeniem……
8	Czy masz pulsujące szumy uszne? TAK, zgodnie z tętnem TAK, niezgodnie z tętnem NIE
9	Gdzie je odczuwasz? W prawym uchu W lewym uchu W obu uszach, ale silniej w lewym W obu uszach, ale silniej w prawym W obu uszach jednakowo W środku głowy Gdzie indziej
10	Czy szumy pojawiają się okresowo, czy występują stale? Występują okresowo Są przez cały czas
11	Czy głośność szumów zmienia się z dnia na dzień? TAK NIE
12	Proszę opisać GŁOŚNOŚĆ szumów używając skali do 1 do 100. (1= BARDZO CICHE; 100 = BARDZO GŁOŚNE)
13	Proszę opisać własnymi słowami, jak zazwyczaj brzmią Twoje szumy: Poniższa lista zawiera możliwe przykłady, ale można również użyć innych określeń: syczenie, dzwonienie, pulsowanie, brzęczenie, trzeszczenie, pękanie, sygnał tonalny (pojedynczy, jak w słuchawce telefonu, albo inne rodzaje dźwięków), buczenie, strzelanie, warkot, podmuch, pisanie na maszynie, gwizd, świst.
14	Czy Twoje szumy brzmią bardziej jak jeden ton, czy bardziej jak szum? Jeden ton szum świerszcze inny dźwięk
15	Proszę opisać brzmienie swoich szumów: Bardzo wysoka częstotliwość Wysoka częstotliwość Średnia częstotliwość Niska częstotliwość
16	Przez jaki procent czasu czuwania w ciągu ostatniego miesiąca byłeś/-aś świadomy/a obecności swoich szumów? Np. 100% oznacza, że jest się świadomym przez cały czas, a 25% oznacza, że jest się świadomym obecności szumów przez ¼ czasu. _ _ _ % (proszę podać liczbę od 1 do 100)
17	Przez jaki procent czasu czuwania w ciągu ostatniego miesiąca szumy powodowały u Ciebie uczucie rozdrażnienia lub zdenerwowania? _ _ _ % (proszę podać liczbę od 1 do 100)

18	Ile różnych rodzajów terapii stosowałeś/aś z powodu szumów? Żadnej Jedną 2-4 5 i więcej
19	Czy odczucie szumów zmniejsza się pod wpływem muzyki lub pewnych dźwięków otoczenia, jak np. szumu wodospadu lub szumu wody, gdy jesteś pod prysznicem? TAK NIE nie wiem
20	Czy pod wpływem głośnych dźwięków Twoje szumy się nasilają? TAK NIE nie wiem
21	Czy jakieś ruchy w obrębie głowy lub szyi (np. wysuwanie żuchwy do przodu lub zaciskanie zębów), dotykanie ramion/rąk lub głowy powodują, że szumy się zmieniają? TAK NIE
22	Czy drzemka w ciągu dnia ma jakiś wpływ na Twoje szumy? Nasila je zmniejsza je nie ma wpływu
23	Czy istnieje jakaś zależność pomiędzy snem w nocy a szumami w ciągu dnia? TAK NIE nie wiem
24	Czy stres ma wpływ na Twoje szumy? Nasila je zmniejsza je nie ma wpływu
25	Czy jakieś leki mają wpływ na Twoje szumy? Nazwa leku Wpływ/szczegóły
26	Czy Twoim zdaniem Ciebie masz problemy ze słuchem? TAK NIE
27	Czy nosisz aparaty słuchowe? Prawy Lewy Na oba uszy Nie
28	Czy masz problemy z tolerancją dźwięków ponieważ często wydają się za głośne? To znaczy, czy często masz wrażenie, że dźwięki, które inni tolerują, dla Ciebie są za głośne lub bolesne? Nigdy Rzadko Czasami Zazwyczaj Zawsze
29	Czy dźwięki sprawiają Ci ból lub dyskomfort fizyczny? TAK NIE nie wiem
30	Czy cierpisz na bóle głowy? TAK NIE
31	Czy miewasz zawroty głowy lub problemy z równowagą? TAK NIE
32	Czy masz problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi? TAK NIE
33	Czy miewasz bóle karku? TAK NIE
34	Czy miewasz inne objawy bólowe? TAK NIE
35	Czy jesteś obecnie leczony/a z powodu zaburzeń psychicznych? TAK NIE