

Voice Handicap Index VHI-9i

© Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)



Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum	Beruf

Bitte kreuzen Sie an:

Ich brauche meine Sprechstimme vorwiegend für <input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Normale Unterhaltung																				
Ich brauche meine Singstimme vorwiegend für <input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Nichts, ich singe nicht																				
Ich schätze meine Gesprächigkeit so ein: <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td>stiller Zuhörer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>äußerst gesprächig</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	stiller Zuhörer									äußerst gesprächig
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10											
stiller Zuhörer									äußerst gesprächig											

**Bitte kreuzen Sie an, wie häufig diese Aussage für Sie zutrifft:
0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = immer zutreffend**

Man hört mich wegen meiner Stimme schlecht.	0	1	2	3	4
Anderen fällt es schwer, mich in einem lauten Raum zu verstehen.	0	1	2	3	4
Der Klang meiner Stimme ändert sich im Laufe des Tages.	0	1	2	3	4
Meine Familie hört mich kaum, wenn ich zuhause nach ihnen rufe.	0	1	2	3	4
Meine Stimm Schwierigkeiten schränken mich in meinem Privatleben ein.	0	1	2	3	4
Bevor ich spreche, weiß ich nicht, wie klar meine Stimme klingen wird.	0	1	2	3	4
Abends ist meine Stimme schlechter.	0	1	2	3	4
Ich bin weniger kontaktfreudig wegen meines Stimmproblems.	0	1	2	3	4
Wegen meiner Stimme fühle ich mich unfähig.	0	1	2	3	4

Summe: ___ / 36

Wie schätzen Sie Ihre Stimme heute insgesamt ein?

Bitte markieren Sie eine Zahl im Kästchen.	0 normal	1 leicht gestört	2 mittelgradig gestört	3 hochgradig gestört
--	-------------	------------------------	------------------------------	----------------------------

VHI-9i-Score	0 ≤ 7	8 ≤ 16	17 ≤ 26	27 ≤ 36
Stimmstörung	keine	geringgradig	mittelgradig	hochgradig

Caffier F, Nawka T, Neumann K, Seipelt M, Caffier PP. Validation and Classification of the 9-Item Voice Handicap Index (VHI-9i). J Clin Med. 2021;10(15):3325.