



HNO_Fragebogen kindliche Dysphagie

Formular

Name: _____

Geburtsdatum: _____

1. Wer hat Sie zu uns überwiesen? _____

2. Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Schluckuntersuchung durchgeführt? Ja/ Nein

3. Hat Ihr Kind eine Erkrankung? Ja/ Nein

Welche? _____

4. War Ihr Kind nach der Geburt intensivpflichtig? Ja/ Nein

Musste ihr Kind beatmet werden? Ja/ Nein

5. Wie ernährt sich Ihr Kind zurzeit?

 durch Stillen Breikost über die Flasche
 feste Nahrung
 über Sonde: vollständig teilweise

 nasogastrale Sonde PEG

Seit wann? _____

6. Bestehen die Probleme: beim Essen und/ oder beim Trinken?Seit wann ? ___ Wochen ___ Monaten ___ Jahren

7. Hat Ihr Kind eine Trachealkanüle? Ja/ Nein

Wenn ja welche? _____

8. Ist das Gewicht Ihres Kindes im Normbereich? Ja/ Nein

9. Ist Ihr Kind untergewichtig? Ja/ Nein

10. Zeigt Ihr Kind eines oder mehrere dieser Symptome?

Ist Ihr Kind nach der Mahlzeit satt und zufrieden? Ja/ Nein

Ist es während des Essens oder danach auffällig müde und erschöpft? Ja/ Nein

Braucht Ihr Kind länger als 30 Minuten für eine Mahlzeit? Ja/ Nein

Ist Ihr Kind dauerhaft oder insbesondere nach dem Essen häufig verschleimt? Ja/ Nein

Muss Ihr Kind während des Essens oder danach Husten? Ja/ Nein

Hat Ihr Kind häufig eine erhöhte Körpertemperatur? Ja/ Nein

Muss Ihr Kind nach dem Essen häufig Aufstoßen? Ja/ Nein

Hat Ihr Kind einen säuerlichen Mundgeruch? Ja/ Nein

Kommt beim Essen Nahrung aus der Nase heraus? Ja/ Nein



HNO_Fragebogen kindliche Dysphagie

Formular

Hört sich nach der Mahlzeit die Stimme gurgelig oder verschleimt an? Ja/ Nein

Tritt Schleim aus dem Mund aus? Ja/ Nein

Tritt Schleim aus der Nase aus? Ja/ Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Lungenentzündung? Ja / Nein

Wenn ja, wann? _____

11. Es folgen nun weitere Fragen zum Essverhalten Ihres Kindes:

Verweigert Ihr Kind Essen? Ja/ Nein

Lässt sich Ihr Kind nur von bestimmten Personen füttern? Ja/ Nein

Lässt sich Ihr Kind nur in bestimmten Situationen füttern? Ja/ Nein

Muss Ihr Kind beim Essen Würgen? Ja/ Nein

Hat Ihr Kind eine Abneigung gegen Essen? Ja/ Nein

Muss Ihr Kind während des Essens oder danach Erbrechen? Ja/ Nein

Ist Ihr Kind während der Mahlzeiten auffällig unruhig und unkonzentriert? Ja/ Nein

Zeigt Ihr Kind weitere Besonder-/ Eigenheiten oder Verhaltensweisen beim Essen? Ja/ Nein

Wenn ja welche? _____

12. Wird Ihr Kind bereits betreut?

- Ergotherapie Heilpädagogik Logopädie
- Kinderarzt/Kinderärztin Ernährungsberatung Physiotherapie
- Andere: _____

Anmerkungen durch Eltern oder Therapierende:
