

Fragebogen zur Erfassung von Störungen beim Schlucken

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Grunderkrankung: _____

Diagnosen mit Datum: _____

Medikamente und Dosierung:

Erkrankungsbeginn:

Bisherige logopädische Therapie (für Rückfragen bitte Kontaktadresse angeben):

1. Status

Welche Beschwerden haben Sie beim Schlucken?

Bleiben diese Beschwerden konstant oder sind diese wechselhaft? Fällt Ihnen eine Verschlechterung auf?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Bei welchen Nahrungsmitteln treten Probleme auf?

Flüssigkeiten (Getränke, Suppen)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
weiche Konsistenz (Püree, gekochtes Gemüse, Pudding, Torte)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
feste Konsistenz (Brot, Kekse, faseriges Fleisch)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
gemischte Konsistenz (Suppen mit Einlage, saftiges Obst)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Speichel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Durch welche Strategien versuchen Sie, Ihre Schluckbeschwerden zu kompensieren?

Tragen Sie eine Ernährungssonde? nein

ja

nasogastral

PEG

jejunal

Ernähren Sie sich ausschließlich über diese Sonde?

ja nein

Vermeiden Sie bestimmte Nahrung oder Getränke?

ja nein

Bestehen Symptome einer
Stimmstörung Sprachstörung (Aphasie) Sprechstörung (Dysarthrie) ?

Allgemeine Probleme

- Haben Sie Probleme eine aufrechte Sitzposition einzunehmen? ja nein
- Haben Sie Probleme bei Kopfbewegungen? ja nein
- Haben Sie seit der Grunderkrankung an Gewicht abgenommen? ja nein
- Wie viel? _____kg
- Hatten Sie schon einmal eine Lungenentzündung? ja nein
- Haben Sie Probleme mit dem Magen oder Speiseröhre? ja nein
- Haben Sie unklare Temperaturerhöhungen? ja nein
- Müssen Sie während des Essens häufig husten? ja nein
- Räuspern Sie sich häufiger als früher? ja nein
- Bemerken Sie eine stärkere Verschleimung? ja nein
- Bemerken Sie einen heiseren oder gurgelnden Stimmklang? ja nein
- Haben Sie einen Kloß/ ein Fremdkörpergefühl im Hals? ja nein
- Haben Sie Angst Nahrung aufzunehmen bzw. zu trinken? ja nein
- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken? ja nein
- Dauert das Essen länger als früher? ja nein

2. Probleme, die auf eine Störung der oralen Vorbereitungsphase/ der oralen Phase hinweisen:

- Können Sie schlecht kauen? ja nein
- Fließt Ihnen manchmal Speichel/Nahrung/Flüssigkeit aus dem Mund? ja nein
- Ist Ihre Sensibilität im Gesicht/in der Mundhöhle eingeschränkt? ja nein
- Hat sich Ihr Geschmacks-, Geruchs-, Wärme-/Kälteempfinden verändert? ja nein
- Bestehen Schwierigkeiten im Transport der Nahrung in den Rachen? ja nein
- Müssen Sie schon Husten, bevor Sie heruntergeschluckt haben? ja nein
- Verbleibt nach dem Schlucken Nahrung oder Flüssigkeit in der Mundhöhle?

3. Probleme, die auf eine Störung der pharyngealen Phase hinweisen:

- Haben Sie das Gefühl das Ihr Rachen trocken ist? ja nein
- Kommt beim Schlucken etwas aus der Nase? ja nein
- Haben Sie nach dem Schlucken ein Fremdkörpergefühl im Hals? ja nein
- Müssen Sie während des Schluckens husten? ja nein
- Müssen Sie nach dem Schlucken husten? ja nein
- Müssen Sie Nahrung abhusten und ausspucken? ja nein
- Klingt Ihre Stimme nach dem Schlucken anders? ja nein

4. Probleme, die auf eine Störung der ösophagealen Phase hinweisen:

- Haben Sie das Gefühl, dass die Nahrung in der Speiseröhre stecken bleibt? ja nein
- Verspüren Sie nach dem Schlucken einen Druck hinter dem Brustbein? ja nein
- Verspüren Sie ein Brennen hinter dem Brustbein im Hals ?
- Kommt ihnen Nahrung wieder hoch? sauer nicht sauer
- Müssen Sie nach dem Essen husten? ja nein