



Fragebogen zur Vorstellung in der Dysphagiesprechstunde für Säuglinge, Kinder und Jugendliche am Klinikum Fürth

Zurück an:

Dysphagiesprechstunde

z. Hd. Prof. Dr. Klinge/Fr. Brodisch
Klinik für Kinder und Jugendliche
am Klinikum Fürth
Jakob-Henle-Straße 1
90766 Fürth

Angaben des Patienten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Mailadresse für Rückfragen: _____

Sehr geehrte Eltern,

zur Vorbereitung auf den Termin in unserer Dysphagiesprechstunde bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte bedenken Sie: je genauer Sie die Fragen beantworten, desto genauer können wir die Schwierigkeiten beim Saugen/Schlucken einschätzen.

Bitte schicken Sie uns diesen Anamnesebogen und das Ernährungsprotokoll spätestens 1 Woche vor dem Termin in der Dysphagiesprechstunde zu:

Postadresse: siehe oben

Fax: 0911 7580 9754

E-Mail: ds-kikli@klinikum-fuerth.de

Wer füllt den Anamnesebogen aus? _____

Bitte beschreiben Sie kurz, weshalb Sie mit Ihrem Kind zu uns in die Dysphagiesprechstunde kommen.



Allgemeine Anamnese

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Bei Frühgeburt: SSW: _____ errechneter Geburtstermin: _____

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Aktuelles Gewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Kinderarzt: _____

Durch wen erfolgt die Überweisung/Empfehlung? _____

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal in der Klinik für Kinder und Jugendliche am Klinikum Fürth in
Behandlung? ja nein

Ist eine Grunderkrankung z. B. ein genetisches Syndrom bekannt? Wenn ja, welche/s?

Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich? Wenn ja, welche?

Sind aktuell weiterführende Untersuchungen geplant? Wenn ja, welche?

Geschwister: ja nein Alter: _____

Betreuung tagsüber: zu Hause Kinderkrippe Kindergarten Schule
 andere _____

Anbindung an: Bunter Kreis Harlekin Frühförderung Pflegedienst
 SPZ andere _____

Therapien: Logopädie wenn ja, wie oft _____
Wo? _____

Physiotherapie wenn ja, wie oft _____

Wo? _____

andere _____



Schwangerschaft und Geburt

- Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- Gab es Komplikationen während der Geburt? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- War ein längerer Klinikaufenthalt nach der Geburt notwendig? ja nein
 Wenn ja, wo? _____
 Wenn ja, weshalb? _____
- War direkt nach der Geburt eine Ernährung per Sonde erforderlich? ja nein
 Wenn ja, wie lange? _____
- Waren Operationen notwendig? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Arztberichte/Befunde bei.

Körperliche Entwicklung

- Hat Ihr Kind häufig Infekte? ja nein
- Hat Ihr Kind häufig erhöhte Temperaturen/Fieber? ja nein
- Hat Ihr Kind häufig Husten/Bronchitis? ja nein
- Hatte Ihr Kind schon einmal eine Lungenentzündung? ja nein
- Gibt es Beeinträchtigungen beim Hören? ja nein
 Wenn ja, welche? Bekannte Erkrankungen? _____
- Gibt es Beeinträchtigungen beim Sehen? ja nein
 Wenn ja, welche? Bekannte Erkrankungen? _____
- Hat Ihr Kind Probleme, an Gewicht zuzunehmen? ja nein
 Wenn ja, seit wann? _____
- Macht Ihnen das aktuelle Gewicht/Gewichtsverlauf Ihres Kindes Sorge? ja nein
- Gab/Gibt es vergleichbare Probleme in der Familie? ja nein



Sensomotorische Entwicklung

Kann Ihr Kind

Mit welchem Alter/seit wann:

Sich drehen ja nein

Robben ja nein

Krabbeln ja nein

Sitzen ja nein

Stehen ja nein

Frei laufen ja nein

Benötigt Ihr Kind aktuell Hilfsmittel (Orthesen,...) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sprachentwicklung

Kann Ihr Kind

Mit welchem Alter/seit wann:

Geräusche machen ja nein

Brabbeln ja nein

Lallen ja nein

Worte sprechen ja nein

Sätze sprechen ja nein

Verwendet Ihr Kind unterstützte Kommunikation/Gebärden? ja nein

Versteht Ihr Kind kurze sprachliche Aufforderungen? ja nein

Versteht Ihr Kind komplexe sprachliche Aufforderungen? ja nein



Stillen

Konnten Sie Ihr Kind stillen? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Gab es früher Schwierigkeiten beim Stillen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es aktuell Schwierigkeiten beim Stillen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie häufig stillen Sie Ihr Kind momentan? _____

Welche Position bevorzugen Sie beim Stillen? _____

Füttern mit der Flasche

Haben Sie Ihr Kind mit der Flasche ernährt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Gab es früher Schwierigkeiten beim Füttern mit der Flasche? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es aktuell Schwierigkeiten beim Füttern mit der Flasche? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Mit welchem Sauger wurde/wird Ihr Kind gefüttert? (Marke) _____

Aktuelles Saugverhalten

Macht Ihr Kind auffällige Geräusche beim Saugen? ja nein

Verschluckt sich Ihr Kind beim Stillen/Trinken mit der Flasche? ja nein

Lehnt Ihr Kind die Brust/den Sauger zeitweise ab? ja nein

Schläft Ihr Kind beim Stillen/Trinken mit der Flasche immer wieder ein? ja nein

Wird die Flasche nur im Halbschlaf/Schlaf akzeptiert? ja nein

Spuckt Ihr Kind nach dem Stillen/Trinken mit der Flasche häufig? ja nein



Aktuelle Situation beim Essen/Trinken

In welchem Alter haben Sie begonnen Brei zu füttern? _____ Monate

Gab es bei der Umstellung auf breiige/feste Nahrung Schwierigkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bevorzugt Ihr Kind eine besondere Konsistenz? ja nein

Wenn ja, welche? flüssig sämig fein püriert zerdrückt fest

Isst Ihr Kind selbstständig (mit Händen, Besteck, etc.)? ja nein

Trinkt Ihr Kind selbstständig aus einem/r Becher/Flasche? ja nein

Hustet/Verschluckt sich Ihr Kind beim Essen? ja nein

Hustet/Verschluckt sich Ihr Kind beim Trinken? ja nein

Würgt Ihr Kind beim Essen/Trinken? ja nein

Erbricht Ihr Kind bei oder während dem Essen/Trinken? ja nein

Verweigert Ihr Kind das Essen/Trinken? ja nein

Dauert die Einnahme einer Mahlzeit durchschnittlich länger als 30 Min.? ja nein

Zeigt Ihr Kind selbst an, wenn es etwas trinken/essen möchte? ja nein

Der Beginn der oben beschriebenen Probleme war plötzlich schleichend seit der Geburt

Die beschriebenen Probleme sind konstant wechselnd/phasenweise

Gibt es Befunde zu Voruntersuchungen? ja nein
(z. B. endoskopische Schluckuntersuchung/Videofluoroskopie)

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Arztberichte/Befunde bei.