



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

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Bei Frühgeburt: _____ SSW: _____ Errechnerter Geburtstermin: _____

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Aktuelles Gewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Kinderarzt: _____

Wer füllt den Anamnesebogen aus? _____

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



Allgemeine Anamnese

Geschwister: ja nein Alter: _____

Betreuung tagsüber: zu Hause Kinderkrippe Kindergarten Schule
 andere _____

Anbindung an: Bunter Kreis Harlekin Frühförderung Pflegedienst
 andere _____

Therapien: Logopädie wenn ja, wie oft _____

Name der Praxis/des Therapeuten: _____

Physiotherapie wenn ja, wie oft _____

Name der Praxis/des Therapeuten: _____

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

Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht wiederholt unklares Fieber/erhöhte Temperatur? ja nein

Hat Ihr Kind wiederkehrend Husten/Bronchitis? ja nein

Hatte Ihr Kind bereits zwei oder mehr Lungenentzündungen pro Jahr? ja nein

Gibt es Beeinträchtigungen beim Hören? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Beeinträchtigungen beim Sehen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Probleme, an Gewicht zuzunehmen? 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.