

Fragebogen zur Einschätzung von Schluckschwierigkeiten

In Anlehnung an das NOD-Stufenkonzept (Version 2009)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Grunderkrankung: _____

Erkrankungsbeginn: _____

Bisherige logopädische Therapie: ja nein

Kontaktadresse des/der behandelnden Logopäden/-in für evtl. Rückfragen

Medikamente und Dosierung

1. Status

Tragen Sie eine Ernährungssonde? ja nein

nasogastral PEG jejunal

Ernähren Sie sich ausschließlich über die Sonde? ja nein

Tragen Sie ein Tracheostoma? ja nein

geblockt ungeblockt Sprechkanüle

Wie steht es um Ihren Zahnstatus? intakt schlecht

Teilprothese Vollprothese

Welche Schwierigkeiten haben Sie beim Schlucken?

Seit wann haben Sie diese Schwierigkeiten beim Schlucken?

Treten die Schwierigkeiten konstant auf oder wechselhaft?

Haben sich die Schluckschwierigkeiten verschlechtert? In welchem Zeitraum?

Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken von:

- Speichel ja nein
- Flüssigkeiten (Getränke, Brühe) ja nein
- Breiige Konsistenzen (Püree, Pudding, Obstmus) ja nein
- Weiche Konsistenzen (gekochtes Gemüse, Torte) ja nein
- Feste Konsistenzen (Brot, Fleisch, Kekse) ja nein
- Krümelige Konsistenzen (Brötchen, Zwieback) ja nein
- Mischkonsistenzen (Suppen mit Einlage, saftiges Obst) ja nein

Meiden Sie bestimmte Konsistenzen (Getränke, Nahrung)?
Welche? _____

Mit welchen Strategien versuchen Sie Ihre Schluckschwierigkeiten zu kompensieren?

Nehmen Sie beim Schlucken eine andere Kopf- bzw. Körperhaltung ein als bisher? Welche?

Besteht eine Stimmstörung Sprechstörung (Dysarthrie) Sprachstörung (Aphasie) ?

2. Allgemeine Auffälligkeiten

- Haben Sie an Gewicht verloren? Wieviel kg? Zeitraum: _____ kg: _____
- Trinken oder Essen Sie insgesamt weniger? ja nein
- Brauchen Sie für die Nahrungsaufnahme mehr Zeit? ja nein
- Haben Sie Angst vor dem Trinken/Essen? ja nein
- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken? ja nein
- Haben Sie ein Kloß-/Fremdkörpergefühl im Hals? ja nein
- Räuspern oder husten Sie sich häufiger als früher? ja nein
- Bemerken Sie eine stärkere Verschleimung? ja nein
- Bemerken Sie einen heiseren oder gurgelnden Stimmklang? ja nein
- Leiden oder litten Sie schon mal an einer Lungenentzündung? ja nein
- Haben Sie unklare Temperaturerhöhungen? ja nein
- Haben Sie Probleme mit dem Magen oder der Speiseröhre? ja nein

3. Schwierigkeiten, die sich vor dem Schlucken zeigen können

- Fällt es Ihnen schwer eine aufrechte Sitzposition einzunehmen? ja nein
- Fallen Ihnen Kopfbewegungen schwer? Welche? ja nein
- nach rechts nach links Kinn zur Brust
- Ist Ihr Kälte-/Wärmeempfinden im Gesicht/Mundraum verändert? ja nein
- Hat sich Ihr Geschmacks-/Geruchssinn verändert? ja nein
- Haben Sie einen trockenen Mund? ja nein
- Haben Sie vermehrten Speichelfluss? ja nein

4. Schwierigkeiten, die sich während des Schluckens zeigen können

- Haben Sie ein trockenes Gefühl im Rachen? ja nein
- Können Sie schlechter kauen? ja nein
- Kann das Schluckgut nur schwer nach hinten transportiert werden? ja nein
- Fließt Ihnen das Schluckgut /Anteile des Schluckgutes aus dem Mund? ja nein
- Müssen Sie Husten, bevor sie geschluckt haben? ja nein
- Haben Sie das Gefühl gegen Widerstand zu schlucken? ja nein
- Verbleiben nach dem Schlucken Reste im Mundraum? ja nein
- Müssen Sie mehrmals Schlucken, um alle Reste zu entfernen? ja nein
- Kommt beim Schlucken Nahrung oder Flüssigkeit aus der Nase? ja nein
- Müssen Sie während des Schluckens Husten? ja nein

5. Schwierigkeiten, die sich nach dem Schlucken zeigen können

- Müssen Sie nach dem Schlucken Husten? ja nein
- Haben Sie nach dem Schlucken ein Fremdkörpergefühl im Hals? ja nein
- Müssen Sie Nahrung abhusten oder ausspucken? ja nein
- Kommt Ihnen Nahrung/Flüssigkeit wieder hoch? sauer nicht sauer ja nein
- Klingt Ihre Stimme nach dem Schlucken anders? ja nein
- Bleibt das Schluckgut für Ihr Gefühl in der Speiseröhre stecken? ja nein
- Verspüren Sie nach dem Schlucken einen Druck hinter dem Brustbein? ja nein
- Verspüren Sie ein Brennen hinter dem Brustbein bzw. im Hals ja nein