Fragebogen zur interdisziplinären, stationären Abklärung von Schluckstörungen im Säuglings- und Kindesalter am Universitätsklinikum Düsseldorf

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bekannte Erkrankungen:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aktuelle Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ aktueller Kopfumfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Frühgeburt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSW

Kinderarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherige medizinische Untersuchungen:**

Flexible Laryngo-, Tracheo,- Bronchoskopie □ nein □ ja, wann und wo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gastroduodenoskopie □ nein □ ja, wann und wo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bildgebung der Lunge (Röntgen-Thorax, CT, MRT der Lunge) □ nein □ ja, wann und wo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Untersuchungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer füllt den Anamnesebogen aus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

zur Planung und Vorbereitung Ihres stationären Aufenthaltes bei uns zur interdisziplinären Abklärung einer Schluckstörung im Säuglings- oder Kindesalter, möchten wir Sie bitten, den Fragebogen (sowie das [Ernährungsprotokoll](https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Kliniken/Klinik_fuer_Allgemeine_Paediatrie_Neonatologie_und_Kinderkardiologie/Schluckstoerungen/Ernaehrungsprotokoll06.11.2013__002_.doc)) auszufüllen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese offen, wir können diese dann gemeinsam bei Ihrer Vorstellung bei uns besprechen.

Ihr Fragebogen wird im interdisziplinären Team gesichtet und besprochen und Ihre Aufnahme geplant. **Dieser Prozess kann mehrere Wochen erfordern.** Unser Patientenmanagement wird Sie für einen Terminvorschlag kontaktieren.

Bitte beschreiben Sie hier kurz, weshalb Sie Ihr Kind bei uns vorstellen wollen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ärztliche und therapeutische Anbindung**

Anbindung an: □ Frühe Hilfen □ Pflegedienst □ SPZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Kinderklinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Therapien: □ Logopädie wie oft \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ Physiotherapie wie oft \_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ Frühförderung / Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allgemeine Entwicklung**

**Schwangerschaft und Geburt**

Gab es Komplikationen vor, während und nach der Geburt? □ ja □ nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stationäre Betreuung nach der Geburt: □ nein

 □ ja (Intensivstation) wie lange: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ ja (Normalstation) wie lange: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benötigt(e) Ihr Kind eine Atemunterstützung: □ nein

 □ ja (□ Intubation / □ CPAP / □ Highflow/ □ O2 Brille)

 wie lange: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aktuell: □ nein □ ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benötigt(e) Ihr Kind eine Sonde: □ nein

 □ ja wie lange: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ bis heute

Benötigt(e) Ihr Kind eine Operation: □ nein

 □ ja wann und welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ ja geplant: wann und welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Krankenhausaufenthalte: □ nein □ ja, welche:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperliche Entwicklung**

**Kann Ihr Kind die folgende Bewegungen sicher durchführen:**

Kopf selbständig halten □ ja □ nein in Bauchlage hochstützen □ ja □ nein

Drehen □ ja □ nein Robben □ ja □ nein

Krabbeln □ ja □ nein frei sitzen □ ja □ nein

Sich hochziehen □ ja □ nein an Möbeln entlang laufen □ ja □ nein

Stehen □ ja □ nein frei laufen □ ja □ nein

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel □ nein □ ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherigen Erkrankungen**

regelmäßige Medikamenteneinnahme □ nein □ ja welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infekte obere Atemwege □ nein □ ja wie oft im letzten Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

erhöhte Temperaturen / Fieber □ nein □ ja wie oft im letzten Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Husten / Bronchitis □ nein □ ja wie oft im letzten Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lungenentzündungen □ nein □ ja wie oft im letzten Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt notwendig □ nein □ ja wie oft im letzten Jahr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

War eine Atemunterstützung notwendig □ nein □ ja mit Sauerstoffgabe □ ja □ nein

Besteht ein brodeliges Atemgeräusch □ nein □ ja und zwar: □ immer □ täglich □ selten □ nur in Infektzeiten

Bestehen sonstige Atemgeräusche: □ nein □ ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Probleme bei der Gewichtszunahme □ nein □ ja

Probleme bei der Verdauung □ nein □ ja

Karies / Parodontitis □ nein □ ja

**Ernährung**

Stillen □ nein □ ja bis zum Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ bis heute

Trinken aus der Flasche □ nein □ ja bis zum Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ bis heute

Trinken aus dem Becher □ nein □ ja ab dem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ bis heute

Essen von Breikost □ nein □ ja ab dem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ bis heute

Breikost muss fein püriert sein □ nein □ ja Breikost kann stückig sein □ nein □ ja

Essen von weicher Kost\* □ nein □ ja ab dem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*z.B. Banane, Kartoffel

Essen von fester Kost\* □ nein □ ja ab dem Alter \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*z.B. Apfel, Paprika, Fleisch

**Bei welcher Nahrung kommt aktuell es zu folgenden Schwierigkeiten:**

Husten / Verschlucken □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Steckenbleiben von Nahrung □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Erbrechen □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Atemnot □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Atemgeräusche □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Brodelige Atmung □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Verweigerung □ Stillen/ Flasche □ Becher □ Breikost □ Breikost mit Stückchen □ weiche Kost □ feste Kost

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dauer einer Mahlzeit Stillen / Flasche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Breikost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ weiche/ feste Kost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind nach dem Essen viel Flüssigkeit nach □ nein □ ja, bei welcher Nahrung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verliert Ihr Kind Flüssigkeit / Nahrung aus dem Mund: □ nein □ ja, Speichel / □ ja, Flüssigkeit □ / ja, feste Kost

Gab es lebensbedrohliche Ereignisse mit Verschlucken □ nein □ ja, bei welcher Nahrung und wann:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_