

Anamnesebogen Schluckstörungen

Name:

geb.:

Aufkleber

Einweisender Arzt:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Mehrfachantworten sind möglich, auf der Rückseite ist Platz für eine ausführliche Beschreibung ihrer Beschwerden. Vielen Dank!

Vorgeschichte

An welchen Erkrankungen leiden Sie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Seit wann haben Sie Schluckstörungen? _____

Haben seit diesem Zeitpunkt abgenommen? Wenn ja, wie viel kg? _____ kg

Hat sich Ihr Sprechen, ihre Stimme verändert? Wenn ja, wie? _____

Leiden Sie an unklarem Fieber Bronchitiden Pneumonien

Haben Sie Hustenattacken (nicht nur beim Essen) Wenn ja, wie oft? _____ pro/Tag

Tragen Sie eine Zahnprothesen? Nein Oben Unten

Sind Sie Nichtraucher Raucher Ex-Raucher

Derzeitige Ernährungsform

Wovon ernähren Sie sich zu Zeit? Festes Flüssiges Passiertes Sondenkost

Womit kommen Sie am besten zurecht? Festes Flüssiges Passiertes Sondenkost

Was macht Ihnen die größten Probleme? Festes Flüssiges Passiertes

Wie lange dauert eine Mahlzeit? Ca. _____ min

Bisherige Maßnahmen

Sind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?: HNO Röntgen Wann? _____

Wurde bereits eine Therapie durchgeführt? Nein

Im Krankenhaus wo/wann/wie lange? _____

In der Rehaklinik wo/wann/wie? _____

Ambulant seit _____ bei: _____

Wie haben Sie von unserer Sprechstunde erfahren? _____

Bitte kreuzen Sie Ihren Problembereiche an

Nase Niesen beim Essen Nahrung kommt aus der Nase

Mund Beim Speichelschlucken Verschleimung Zungenbewegung

Einspeicheln der Nahrung verändertes Gefühl im Mund Kauen

Rachen Verschleimung Verschlucken/Husten Würgen Kloß" im Hals

Steckenbleiben der Nahrung

Speiseröhre Sodbrennen Aufstoßen von Luft/Nahrung Druck am Brustbein