

# Eigenbeurteilung Schluckvermögen und Schluckfähigkeit

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Aufkleber

## Schluckvermögen

Wie gut können Sie die angegebenen Konsistenzen schlucken? Zeichnen Sie bitte ein Kreuz an dem Punkt auf der Linie zwischen den äußeren Punkten der Ihrer Meinung die Antwort am besten beschreibt.

### Speichel

Unmöglich | \_\_\_\_\_ | Kein Problem

### Flüssigkeiten

Unmöglich | \_\_\_\_\_ | Kein Problem

### Passierte Kost

Unmöglich | \_\_\_\_\_ | Kein Problem

### Feste Nahrung

Unmöglich | \_\_\_\_\_ | Kein Problem

Wie beurteilen Sie zusammenfassend Ihr Schluckvermögen.

Unmöglich | \_\_\_\_\_ | Kein Problem

## Lebensqualität

Wie weit fühlen Sie sich durch Ihre Probleme beim Schlucken in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?

Stark | \_\_\_\_\_ | Schwach

Wie bewerten Sie die Störungen der Nahrungsaufnahme im Rahmen Ihrer sonstigen gesundheitlichen Beschwerden?

Wichtig | \_\_\_\_\_ | Unwichtig