

## Anamnesebogen bei Schluckstörungen

**Datum:**

- Eigenanamnese       Fremdanamnese

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden uns zur Mitbeurteilung der Schluckfähigkeit zugewiesen. Wir möchten Sie bitten, uns vor der Untersuchung einige Fragen zu Ihren Erfahrungen im Alltag zu beantworten.

**aktuelles Gewicht:**                      kg                      **Größe:**                      m

	<b>Subjektive Einschätzung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>1</b>	Haben Sie Schluckbeschwerden? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Allgemeine Hinweise auf eine Schluckstörung</b>		
<b>2</b>	Haben Sie seit der Erkrankung an Gewicht abgenommen? Wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Leiden oder litten Sie an einer Lungenentzündung? Wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Haben Sie häufiger Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Haben Sie unklare Temperaturerhöhungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Husten Sie mehr als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Müssen Sie oft räuspern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Bemerken Sie eine stärkere Verschleimung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Hat sich Ihre Stimme verändert (z. B. heiser, gurgelnd)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Haben Sie ein Kloß-/Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Haben Sie Angst vor dem Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Haben Sie beim Schlucken Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Brauchen Sie länger zum Essen als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Nehmen Sie jetzt beim Essen/Trinken eine andere Kopfhaltung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Hinweise auf eine gestörte orale Phase</b>		
<b>15</b>	Läuft Flüssigkeit aus dem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Können Sie schlechter kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Haben Sie ein taubes Gefühl im Mundbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Ist Ihr Mundraum trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Empfinden Sie kalte Speisen weniger als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
20	Empfinden Sie warme Speisen weniger als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Haben Sie Probleme, die Nahrung in den Rachen zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Müssen Sie vor dem Hinunterschlucken husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Bleibt nach dem Schlucken Nahrung bzw. Flüssigkeit im Mund zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Hinweise auf eine gestörte pharyngeale Phase</b>		
24	Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Rachen trocken ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Kommt beim Schlucken etwas in die Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Haben Sie das Gefühl, dass nach dem Schlucken Nahrung bzw. Flüssigkeit im Hals stecken bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Müssen Sie beim Hinunterschlucken husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Müssen Sie nach dem Hinunterschlucken husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Müssen Sie die Speisen wieder hochräuspern und ausspucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Klingt Ihre Stimme nach dem Schlucken anders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Hinweise auf eine gestörte ösophageale Phase</b>		
31	Haben Sie das Gefühl, dass die Nahrung in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Haben Sie Schmerzen hinter dem Brustbein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Kommt Ihnen Nahrung (sauer bzw. nicht sauer) wieder hoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Verspüren Sie ein Brennen hinter dem Brustbein im Hals (Sodbrennen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Müssen Sie nach der Mahlzeit husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Konsistenzabhängige Symptome</b>		
36	Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken von		
	– Speichel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Flüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Breiigen Speisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Festen Speisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Welche Speisen/Getränke bereiten Ihnen besondere Probleme? _____		

**Vielen Dank**