

## Fragebogen zur Diagnose von Schluckstörungen

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen und addieren Sie die Punktzahlen.

Erreichen Sie eine Punktzahl  $\geq 11$ , dann sollten Sie dringend Ihren behandelnden Arzt kontaktieren

und um eine Überweisung zum Schlucktherapeuten (Logopäden/Sprachtherapeuten) und/oder HNO-Arzt bitten!

|  | NIE       | SELTEN* | HÄUFIG** | SEHR OFT*** |
|--|-----------|---------|----------|-------------|
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen fester Nahrung?<br>(z. B. Äpfel, Kekse, Knäckebrötchen)   | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Bleiben nach dem Schlucken noch Speisereste im Mund,<br>in den Wangen, unter der Zunge oder am Gaumen zurück?  | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Tritt Speise oder Flüssigkeit aus der Nase, wenn Sie essen oder trinken?   | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Fließt Speisebrei aus Ihrem Mund?  | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie übermäßig viel Speichel im Mund? Fließt dieser unkontrolliert aus<br>Ihrem Mund oder haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken des Speichels? | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Gelingt das Schlucken zerkauter Nahrung nicht beim ersten Mal,<br>sondern müssen Sie wiederholt/mehrfach schlucken?                                    | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken fester Nahrung?<br>Bleiben z. B. Apfelstücke oder Kekse im Hals stecken?                                      | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken pürierter Nahrung?  | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie beim Essen das Gefühl, es steckt ein Speiseklößchen im Hals fest?  | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Husten Sie beim Schlucken von Flüssigkeiten?   | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Husten Sie beim Schlucken fester Nahrung?  | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Stellen Sie direkt nach dem Essen oder Trinken eine Veränderung<br>Ihrer Stimme fest? (z. B. Heiserkeit oder eine abgeschwächte Stimme)                | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen fester Nahrung?<br>(z. B. Äpfel, Kekse, Knäckebrötchen)   | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Müssen Sie außerhalb der Mahlzeiten husten oder haben Sie<br>Schwierigkeiten beim Atmen, weil Speichel in Ihre Luftröhre gelangt?                      | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Haben Sie während der Mahlzeiten Schwierigkeiten mit der Atmung?   | 0         | 1       | 2        | 3           |
| Hatten Sie im letzten Jahr eine Atemwegsinfektion?<br>(Lungenentzündung, Bronchitis)   | nein: 0,5 |         | ja: 2,5  |             |

\* Höchstens einmal im Monat

\*\* ein- bis siebenmal in der Woche

\*\*\* öfter als siebenmal in der Woche