Dr. med. Kai Wonneberger
Dr. med. Uta Stierstorfer (ang.)
Fachärzte für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Am Marktplatz 21 · 47829 Krefeld-Uerdingen

Telefon (02151) 481 444
(02151) 483 890
Fax (02151) 483 891

HNO

Dysphagiefragebogen

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient !

Name, Vorname:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so detailliert wie möglich aus. Unterstreichen Sie das Zutreffende und beantworten Sie die Fragen.

Geburtsdatum:

Beruf:

1. Seit wann haben Sie Schluckbeschwerden?

2. Hatten Sie vor Beginn der Schluckbeschwerden einen Unfall, Operationen oder andere schwere Erkrankungen?

3. Hatten sie seit dem Auftreten der Schluckbeschwerden Fieber, Husten, Bronchitis oder eine Lungenentzündung?

4. Haben sie Schmerzen beim Schlucken, Druck oder Brennen im Hals, Sodbrennen?

5. Falls Sie Schluckschmerzen haben: Wo empfinden Sie diese (im Mund, im Schlund, in der Speiseröhre?

6. Haben Sie Beschwerden beim Kauen?

7. Haben Sie (Schluck-) Beschwerden beim Leerschlucken (Schlucken von Speichel) und/oder bei der Nahrungsaufnahme?

8. Haben Sie Beschwerden während des Schluckvorganges (Fehlschlucken mit Hustenreiz, Nahrung „geht nicht richtig runter“, „bleibt stecken“?

9. Falls Nahrung beim Schlucken „stecken bleibt“: Wo ist das Schluckhindernis (im Mund, im Schlund, im oberen oder unteren Anteil der Speiseröhre)?

10. Kommt unverdaute Nahrung in Mund oder Rachen oder durch die Nase zurück, nachdem sie versucht haben zu schlucken?

11. Haben sie Schwierigkeiten beim Schlucken flüssiger, breiiger, fester oder krümeliger Speisen? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

12. Haben Sie Gefühlsstörungen am Mund oder an der Zunge bemerkt?

13. Bei welchen Gelegenheiten treten die Beschwerden bevorzugt auf (z.B. beim hastigen Essen, Aufnahme heißer Speisen, bestimmter Nahrungsmittel (Süßspeisen, Alkohol))?

14. Treten die Schluckbeschwerden bei jeder Mahlzeit oder nur manchmal auf?

15. Haben Sie Störungen der Atmung im Zusammenhang mit dem Schlucken bemerkt (plötzliche Luftnot, Hustenreiz, Kurzatmung)?

16. Hat sich ihre Stimme in letzter Zeit verändert (heiser, rauher, leiser, tiefer usw.)?

17. Wird die Stimme nach dem Schlucken schlechter?

18. Müssen Sie Speichel oder Nahrung ausspucken?

19. Ist das Kopfkissen nach dem Schlafen nass?

20. Haben Sie das Gefühl in letzter Zeit weniger oder mehr Speichel zu haben?

21. Dauert die Nahrungsaufnahme länger als vor Beginn der Beschwerden?

22. Haben sich die Beschwerden in letzter Zeit verändert? Falls ja, beschreiben Sie bitte wie.

_____

Datum, Unterschrift