

**MVZ am Marienhof**

Rudolf-Virchow-Str. 7 · 56073 Koblenz  
Tel. Sekretariat (02 61) 4 96-3979  
Fax (02 61) 4 96-3980  
www.kk-mvz.de · mvz-marienhof@kk-mvz.de

**Zentrum für HNO/Phoniatrie und Pädaudiologie**

Phoniatrie und Pädaudiologie/HNO  
Leitende Ärztin Dr. med. K. Schultz-Coulon  
HNO und Homöopathie  
Fr. Dr. med. S. Paschen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten mit uns einen Termin vereinbaren wegen einer Schluckstörung, also eine Problematik beim Essen oder sonstiger Anfälligkeit das Schlucken betreffend.  
Füllen Sie dazu bitte folgenden Fragebogen aus.

Name	Straße
Vorname	PLZ/ Wohnort
Geburtsdatum	Tel. erreichbar
Geschlecht	Krankenkasse
	Versichert mit wem

**1. Welche Art von Schluckstörung liegt bei Ihnen vor?**

Beschreibung der Symptome der Schluckstörung

Kloßgefühl

Fremdkörpergefühl

Hängen bleiben von Speisen

Verschlucken beim Essen

Wenn ja, welche Konsistenz    flüssig            breiig            körnig

Probleme treten nur bei Essen auf

Probleme treten nur bei Leerschlucken auf

Husten beim Essen wenn ja bei welchem Essen

Sodbrennen

Überschlucken (Nahrung kommt über die Nase raus)

Heiserkeit bzw. Stimmveränderung

Essen kommt nach dem Schlucken wieder zurück

Schmerzen

Trockenheitsgefühl

Zahnprobleme

Vollprothese

Weitere Beschwerden

Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit  
 Schwierigkeiten längere oder sogar kürzere Strecken zu laufen  
 Einschränkungen im Beruf  
 Einschränkungen bei der Ausübung von Hobbys  
 Kurzatmigkeit  
 Müdigkeit/Schlappeheit  
 Schlafstörungen  
 Appetitmangel  
 Übelkeit

**2. Sind sie privat oder beruflich**

angespannt	gestresst
sorgenvoll	reizbar
niedergeschlagen?	

**3. Ist Ihr Familienleben beeinträchtigt?**

Wenn ja, wodurch?

ja                      nein

**4. Ist Ihr Freundesleben beeinträchtigt?**

Wenn ja, wodurch?

ja                      nein

**5. Wenn Sie Schmerzen haben**

wo

und wie stark (von 1 wenig bis 4 stark)?

Sind die Schmerzen beim Essen schlimmer?

ja                      nein

Treten die Schmerzen beim Mundöffnen verstärkt auf?

ja                      nein

**6. Wie würden Sie insgesamt Folgendes bewerten?**

(von 1 sehr schlecht bis 7 ausgezeichnet)

Ihren Gesundheitszustand

Lebensqualität

Psychische Situation

Vielen Dank, dass Sie sich bemüht haben, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Es erleichtert uns unser weiteres Vorgehen. Die Informationen fließen in Ihre Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt und der Logopädin ein.