

# Fragebogen „Schlucken“

Liebe Patienten, wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen,  
um unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht Ihnen gegenüber nachkommen zu können.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel. privat

\_\_\_\_\_  
Tel. Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Versicherung

bei Privatvers.: Beihilfeberechtigt?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Empfohlen durch

\_\_\_\_\_  
Hausarzt, Ort

\_\_\_\_\_  
HNO-Facharzt, Ort

- Seit wann haben Sie Schluckbeschwerden?

\_\_\_\_\_

- Wie äußern sich Ihre Schluckbeschwerden?

\_\_\_\_\_

- Haben die Beschwerden im Verlauf zugenommen?  ja  nein

- Kennen Sie die Ursache?  ja  nein

Wenn ja, welche? (z.B. Krebs mit Operationen, Bestrahlung/ Eintragung im  
Tumorregister 1. Seite)

\_\_\_\_\_

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken von Speichel?  ja  nein

- Hat sich Ihre Stimme verändert?  ja  nein

- Hatten Sie bereits logopädische Therapie?  ja  nein

Falls ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

- Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

- Hatten Sie Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten?  ja  nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

- Haben Sie öfter erhöhte Temperatur oder Fieber?  ja  nein

- Haben/ hatten Sie eine Lungenentzündung oder Bronchitis?  ja  nein

- Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen?  ja  nein

## Fragebogen „Schlucken“



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

- Haben Sie Missempfindungen?  
 Kratzen oder Brennen     Kloßgefühl oder Fremdkörpergefühl  
 Enge- oder Druckgefühl     Verschleimungsgefühl  
 Hustenreiz     Räusperzwang
  - Haben Sie Allergien?     ja     nein  
Falls ja, gegen was? \_\_\_\_\_
  - Rauchen Sie?     ja     nein  
Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_
  - Nehmen Sie Medikamente ein?     ja     nein  
Falls ja, welche?  
\_\_\_\_\_
  - Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsen-, Lungen-, Leber-, Nierenerkrankungen, Schlaganfall, Keim, Operationen)?  
\_\_\_\_\_
  - Ernähren Sie sich normal?  
 ja     nein (bitte Zutreffendes ankreuzen):
    - Feste Speisen:     ohne Probleme
    - Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer
    - Ich muss gegen einen Widerstand schlucken
    - Kann ich nicht beißen
    - Esse ich nicht, weil \_\_\_\_\_
  - Breiiige Nahrung:     ohne Probleme
  - Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer
  - Ich muss gegen einen Widerstand schlucken
  - Ich muss häufig Nachschlucken
- Flüssigkeit:     ohne Probleme
- Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer
- Ernähren Sie sich nur über Magensonde (z.B. PEG)?     ja     nein  
Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Kommt Ihnen Nahrung nach dem Essen wieder hoch?     ja     nein

## Fragebogen zur schluckbezogenen Lebensqualität Anderson-Dysphagia-Inventory, deutsche Version (ADI-D)

Liebe Patienten,

dieser Fragebogen dient dazu, mehr über die Auswirkungen Ihrer Schluckprobleme auf Ihr tägliches Leben zu erfahren. Bitte beantworten Sie alle Fragen unter dem Gesichtspunkt, wie das Schlucken während der letzten zwei Wochen war. Antworten Sie unbefangen; es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Geben Sie für jede der Aussagen auf der Liste an, wie zutreffend das dort geschilderte Problem für Sie ist. Bewerten Sie also das Ausmaß jedes genannten möglichen Problems. Berücksichtigen Sie dabei sowohl die Schwere des Problems als auch die Häufigkeit seines Auftretens.

	stimme voll und ganz zu	stimme zu	weiß nicht	stimme nicht zu	stimme auf keinen Fall zu
1. Meine Schluckprobleme behindern mich bei der täglichen Routine.	1	2	3	4	5
2. Meine Essgewohnheiten sind mir peinlich.	1	2	3	4	5
3. Die Leute finden es schwer, etwas Passendes für mich zu kochen.	1	2	3	4	5
4. Das Schlucken fällt mir am Ende eines Tages schwerer.	1	2	3	4	5
5. Ich fühle mich <i>nicht</i> gehemmt, wenn ich esse.	5	4	3	2	1
6. Mein Schluckproblem belastet mich.	1	2	3	4	5
7. Das Schlucken fällt mir sehr schwer.	1	2	3	4	5
8. Wegen meines Schluckproblems gehe ich nicht mehr aus.	1	2	3	4	5
9. Wegen meiner Schluckbeschwerden musste ich Einkommenseinbußen hinnehmen.	1	2	3	4	5
10. Beim Essen brauche ich wegen meines Schluckproblems länger.	1	2	3	4	5
11. Die Leute fragen mich, warum ich dies und jenes nicht essen kann.	1	2	3	4	5
12. Andere empfinden mein Essproblem als störend.	1	2	3	4	5
13. Ich muss husten, wenn ich versuche zu trinken.	1	2	3	4	5
14. Meine Schluckbeschwerden schränken mich im sozialen Umgang und im Privatleben ein.	1	2	3	4	5
15. Wegen meiner Schluckprobleme kann ich mein Gewicht nicht halten.	1	2	3	4	5
16. Ich habe wegen meines Schluckproblems ein niedriges Selbstwertgefühl.	1	2	3	4	5
17. Es fühlt sich immer so an, als ob ich riesige Bissen verschlucke.	1	2	3	4	5
18. Wegen meiner Essgewohnheiten fühle ich mich ausgeschlossen.	1	2	3	4	5
19. Ich kann jederzeit mit meinen Freunden, Nachbarn und Verwandten zum Essen ausgehen.	5	4	3	2	1
20. Ich schränke die Nahrungsaufnahme wegen meiner Schluckbeschwerden ein.	1	2	3	4	5

### Summenwerte

< 55 sicher auffällig

55-70 eher auffällig

> 70 eher unauffällig