











DIAGNOSTIK / ANAMNESE

Patient/Patientin		Kindergarten – wo?	
Geboren am:		Grundschule – wo? Klasse?	
Untersuchung am:		Logopäde/Logopädin	
DIAGNOSE:			
<input type="checkbox"/> Myofunktionelle Störung <input type="checkbox"/> Schetismus addentalis / interdentalis / lateralis <input type="checkbox"/> Stimme klingt heiser / gepresst / behaucht		<input type="checkbox"/> Sigmatismus addentalis / interdentalis / lateralis <input type="checkbox"/> Addentalität / Interdentalität der Laute t, d, l, n <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Schluckvideo <input type="checkbox"/> Sprechvideo vorhanden	

ANAMNESE			
Stillen	gestillt <input type="checkbox"/> ja, wie viele Monate/Wochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dauer einer Stillmahlzeit? <input type="checkbox"/> wie oft am Tag gestillt? <input type="checkbox"/> ab welchem Alter zugefüttert? <input type="checkbox"/> wie oft täglich zugefüttert?	Flasche	<input type="checkbox"/> ab wann? <input type="checkbox"/> wie lange Milch? <input type="checkbox"/> wie lange Tee/Saft? <input type="checkbox"/> Dauer einer Mahlzeit? <input type="checkbox"/> wie oft täglich? <input type="checkbox"/> welcher Flaschensauger?
Krankheiten / Therapie	<input type="checkbox"/> Krankheiten, Operationen (Tonsillektomie [TE], Adenotomie [AT]), wann? <input type="checkbox"/> Allergien? <input type="checkbox"/> frühere / jetzige Therapien (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) <input type="checkbox"/> wann? <input type="checkbox"/> wo? <input type="checkbox"/> weshalb?	Gewohnheiten	<input type="checkbox"/> Beruhigungssauger (Schnuller) / nicht benötigt <input type="checkbox"/> welchen Schnuller? (Typ, Firma) <input type="checkbox"/> wie lange? <input type="checkbox"/> Daumenlutschen <input type="checkbox"/> sonstige Gewohnheiten (Nägelkaugen, Knirschen ...)
Entwicklung	<input type="checkbox"/> Besonderheiten in der allgemeinen Entwicklung <input type="checkbox"/> statomotorisch, alle Stufen <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> altersgemäß <input type="checkbox"/> nicht altersgemäß <input type="checkbox"/> soziale Entwicklung <input type="checkbox"/> vererbte Kieferanomalien bekannt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten während der Schwangerschaft, welche? <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten bei der Geburt, welche?	Ernährung	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> bevorzugte Speisen isst <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> normal isst/trinkt <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> geräuschvoll <input type="checkbox"/> schlingt große Bissen/Schlucke herunter kaut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> spült Bissen mit Flüssigkeit herunter
Atmung	<input type="checkbox"/> Mund geschlossen tagsüber/nachts <input type="checkbox"/> Mund geöffnet tagsüber/nachts	Schnarchen	<input type="checkbox"/> mühsames Atmen <input type="checkbox"/> Aussetzer
Blasinstrument	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Sonstiges			

DIAGNOSTIK			
Zähne, Kiefer und Gaumen			
Gebiss	<input type="checkbox"/> Milchgebiss <input type="checkbox"/> Wechselgebiss <input type="checkbox"/> zeitlich eng aufeinander folgend <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____	Oberkiefer	<input type="checkbox"/> normal ausgerundet <input type="checkbox"/> geringe transversale Weite <input type="checkbox"/> normale Höhe <input type="checkbox"/> stufig <input type="checkbox"/> hoch/spitz (gotisch)
KFO-Diagnose		KFO-Behandlung	<input type="checkbox"/> nicht begonnen, weil _____ _____
Ursache			<input type="checkbox"/> begonnen seit: _____

Lippen			
Ruhestellung	<input type="checkbox"/> locker geschlossen <input type="checkbox"/> fest geschlossen <input type="checkbox"/> leicht offen stehend <input type="checkbox"/> weit offen stehend <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Beim Schlucken	<input type="checkbox"/> locker geschlossen <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> fest zusammengepresst <input type="checkbox"/> mit Lippenhaltern Schlucken nicht möglich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Lippentonus	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> Oberlippe verkürzt <input type="checkbox"/> Unterlippe wulstig / gerötet / nach außen gerollt	Begleit-symptome	<input type="checkbox"/> Lippen nass / Lippenlecken <input type="checkbox"/> Speichel und Risse in den Mundwinkeln <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Lippenmotorik	Schnute 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
Parameter Tonus, Koordination, Beweglichkeit beachten!	Windmund 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Lachmund 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Grinsmund 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Zunge		
Ruhelage	<input type="checkbox"/> interdental <input type="checkbox"/> addental <input type="checkbox"/> am Mundboden <input type="checkbox"/> am Alveolarrand am Gaumen		
Zungenlage beim Schlucken	<input type="checkbox"/> ab Alveolarrand am Gaumen <input type="checkbox"/> gegen die oberen / unteren Frontzähne gerichtet <input type="checkbox"/> zwischen den Frontzähnen <input type="checkbox"/> zwischen den Seitenzähnen – einseitig / beidseitig <input type="checkbox"/> schiebt Speichelbläschen durch Zahnzwischenräume	Paynetchnik	<input type="checkbox"/> Paste zeichnet sich am Alveolarrand ab <input type="checkbox"/> an den Frontzähnen <input type="checkbox"/> an / zwischen den Seitenzähnen rechts / links
Zungenmotorik	Zunge gerade heraus 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Bonbonmund 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Zunge gerade nach oben 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Zunge nach unten 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Zunge nach rechts 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
	Zunge nach links 	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
Zungentonus und Aussehen	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> groß wirkend, schlaff <input type="checkbox"/> Mitte tellerförmig vertieft (konkav) <input type="checkbox"/> Zunge zeigt nach unten, Zungenrücken konvex <input type="checkbox"/> Ränder verdickt (Spitze / Seiten) <input type="checkbox"/> Ränder gerötet (Spitze / Seiten) <input type="checkbox"/> Zahnimpressionen direkt nach dem Schlucken <input type="checkbox"/> Zahnimpressionen ständig	Stereognose	<input type="checkbox"/> erkennt alle Teile <input type="checkbox"/> ... von ... Teilen <input type="checkbox"/> erkennt keine Formen
		Begleit-symptome	<input type="checkbox"/> normal langes Zungenbändchen <input type="checkbox"/> stark verkürztes Zungenbändchen <input type="checkbox"/> angewachsenes Zungenbändchen <input type="checkbox"/> Zungenbändchen wurde gelöst – wann? <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
		Kinn (M. mentalis)	
Ruhestellung	<input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> hyperaktiv	Beim Schlucken	<input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> hyperaktiv
Gesichts- und Kaumuskulatur			
Mimik	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> wenig ausgeprägt	M. masseter/ M. temporalis	<input type="checkbox"/> in Ruhe locker <input type="checkbox"/> in Ruhe angespannt <input type="checkbox"/> Unterkiefer hängt nach unten in Ruhe <input type="checkbox"/> beim Schlucken aktiv rechts / links / beidseitig <input type="checkbox"/> beim Schlucken inaktiv rechts / links / beidseitig
Kauen	<input type="checkbox"/> mit offenen Lippen und Beißbewegungen <input type="checkbox"/> mit geschlossenen Lippen und Mahlbewegungen		
Gesamtkörper			
Haltung	<input type="checkbox"/> Kopfhaltung mittig / rechts / links <input type="checkbox"/> Kopf liegt im Nacken <input type="checkbox"/> Rücken rund <input type="checkbox"/> Stehen / Sitzen mit eingefallenem Brustkorb <input type="checkbox"/> Schultern hochgezogen	Koordination	<input type="checkbox"/> Augen-Handkoordination schlecht (z. B. Blickkontakt beim Begrüßen) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
		Konzentration	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mangelhaft