

## MFS-GESAMTDOKUMENTATION: Intensiv- und Intervalltherapie

<b>Patient/Patientin (Name):</b>	<b>geboren:</b>	<b>Therapeut/Therapeutin Intensivtherapie:</b>
<b>Fotos/Video(s) vorhanden von</b>	<input type="checkbox"/> Diagnostik	<input type="checkbox"/> Therapiebeginn
		<input type="checkbox"/> Therapieende
<b>Therapieumfang</b>	<input type="checkbox"/> Heft 1 „Mundspaßspiele“	<input type="checkbox"/> Heft 2 „Schluckspaßspiele“
		<input type="checkbox"/> Heft 3 „Sprechspaßspiele“

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEBEGINN		
<b>Artikulation</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Sigmatismus add. / int. / lat.
	<input type="checkbox"/> Schetismus add. / int. / lat.	<input type="checkbox"/> t / d / l / n add. / int.
<b>Orale Gewohnheiten</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lippenlecken
	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Daumenlutschen
	<input type="checkbox"/> Schnuller Fläschchen	
Bitte einkreisen	+ (70-100%)	~ (50-70%)
	- (< 50%)	
<b>Zungentonus</b>	(Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)	+ / ~ / -
<b>Zungenmotorik</b>	(Übungen aus Diagnostik erneut zeigen lassen)	+ / ~ / -
<b>Lippentonus</b>	(Sichtbeurteilung in Ruhe)	+ / ~ / -
<b>Lippenmotorik</b>	(Übungen aus Diagnostik erneut zeigen lassen)	+ / ~ / -
<b>Zungenruhelage</b>	<input type="checkbox"/> physiologisch	<input type="checkbox"/> pathologisch
	<b>Lippenruhelage</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>M. mentalis in Ruhe</b>	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hyperton
	<b>beim Schlucken</b>	<input type="checkbox"/> euton
		<input type="checkbox"/> hyperton
<b>Ganzkörper-tonus / Haltung</b>	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hypoton
	<input type="checkbox"/> hyperton	<input type="checkbox"/> Schiefhaltung
<b>Physiotherapie / Osteopathie</b>	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt	<input type="checkbox"/> erfolgt von _____ bis _____
		Zunge / Kiefer / Kopf / Schultern / Hüfte
<b>KFO-Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	
	<input type="checkbox"/> nicht begonnen	<input type="checkbox"/> begonnen seit _____
		<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit _____
	<input type="checkbox"/> KFO-Diagnose _____	
	<input type="checkbox"/> Aktive Platte	<input type="checkbox"/> oben
		<input type="checkbox"/> unten

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEVERLAUF		
<b>Anzahl der Therapieeinheiten (TE) für die Muki-Hefte</b>		
<input type="checkbox"/> Muki-Heft 1: _____ TE	<input type="checkbox"/> Muki-Heft 2: _____ TE	<input type="checkbox"/> Muki-Heft 3: _____ TE
<b>Motivation insgesamt</b>	+ / ~ / -	<b>Elternteil anwesend</b>
		<input type="checkbox"/> nein, Grund: _____
		<input type="checkbox"/> ja, i. d. Regel
		<input type="checkbox"/> wöchentlich
		<input type="checkbox"/> 2-wöchentlich
<b>Regelmäßige Elternberatung</b>	<input type="checkbox"/> ja, mit der Mutter 1x pro Muki-Heft	<input type="checkbox"/> nein, Grund: _____
	<input type="checkbox"/> ja, mit dem Vater 1x pro Muki-Heft	<input type="checkbox"/> nein, Grund: _____
<b>KFO-Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> während Intensivtherapie abgeschlossen, am _____	
	KFO-Geräte während Intensivtherapie (falls Veränderungen zu Therapiebeginn): _____	
<b>Therapiepausen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Anzahl TE vor Pause: _____	Dauer der Pause: _____
	(ohne Beratungstermine)	Anzahl TE nach Pause: _____
		Grund der Pause: _____

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEENDE (Schluckspaß-Test SST 1)				
<b>Artikulation</b>	<input type="checkbox"/> korrekt	<input type="checkbox"/> > 80%	<input type="checkbox"/> 60-80%	<input type="checkbox"/> < 60%, Problem:
<b>Orale Gewohnheiten</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lippenlecken	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
ZAP	+ / ~ / -	Zungentonus (Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)		+ / ~ / -
LAP	+ / ~ / -	Lippentonus (Sichtbeurteilung in Ruhe)		+ / ~ / -
<b>M. mentalis in Ruhe</b>	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hyperton	<b>beim Schlucken</b>	<input type="checkbox"/> euton <input type="checkbox"/> hyperton
<b>Anzahl der Therapieeinheiten (TE) insgesamt:</b> _____			<b>Dauer der Intensivtherapie in Monaten:</b> _____	
<b>Ergebnis Schluckspaß-Test (SST) Therapieende</b> _____ Punkte von 25 Punkten				
<b>Spontantes Schlucken:</b> + / ~ / -				
<b>Fotos / Video(s) gemacht von SST 1</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

INTERVALLBEHANDLUNGEN (Schluckspaß-Test SST)		
<b>Fotos / Video(s) vorhanden von SST</b> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
<b>Pause zwischen den Intervallbehandlungen, Schluckspaß-Tests (Datum eintragen)</b>		
SST 2	SST 3	SST 4
<b>Therapeut/Therapeutin (Name)</b>	<b>Therapeut/Therapeutin (Name)</b>	<b>Therapeut/Therapeutin (Name)</b>
<b>Artikulation</b>	<b>Artikulation</b>	<b>Artikulation</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:
<b>Orale Gewohnheiten</b>	<b>Orale Gewohnheiten</b>	<b>Orale Gewohnheiten</b>
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> keine
<b>Zungentonus (gerade herausstrecken)</b>	<b>Zungentonus (gerade herausstrecken)</b>	<b>Zungentonus (gerade herausstrecken)</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
<b>Lippentonus (Aussehen)</b>	<b>Lippentonus (Aussehen)</b>	<b>Lippentonus (Aussehen)</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
<b>ZAP – SST 2</b>	<b>ZAP – SST 3</b>	<b>ZAP – SST 4</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
<b>LAP – SST 2</b>	<b>LAP – SST 3</b>	<b>LAP – SST 4</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
<b>KFO-Behandlung</b>	<b>KFO-Behandlung</b>	<b>KFO-Behandlung</b>
<input type="checkbox"/> ja – Momentanes Gerät:	<input type="checkbox"/> ja – Momentanes Gerät:	<input type="checkbox"/> ja – Momentanes Gerät:
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> abgeschlossen	<input type="checkbox"/> abgeschlossen
<input type="checkbox"/> geplanter Abschluss: _____	<input type="checkbox"/> geplanter Abschluss: _____	<input type="checkbox"/> geplanter Abschluss: _____
<b>Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)</b>	<b>Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)</b>	<b>Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)</b>
Punkte	Punkte	Punkte
<b>Spontanes Schlucken</b>	<b>Spontanes Schlucken</b>	<b>Spontanes Schlucken</b>
+ / ~ / -	+ / ~ / -	+ / ~ / -
Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:
<b>Sonstige Anmerkungen</b>	<b>Sonstige Anmerkungen</b>	<b>Sonstige Anmerkungen</b>
<b>Abbruch wegen:</b>	<b>Zu SST Nr.:</b>	