



Univ. Klinik für
Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Simone Graf
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Tel: ++43(0)512/504-23220



Fragebogen „Schlucken“

Liebe Patient:innen, wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen:

Name, Vorname

Geb.-Datum

E-Mail

Empfohlen durch

Hausarzt (Name, 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

Falls ja: Welche Ursache liegt vor (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: von-bis, bei wem?

Aktuelles Gewicht und Körpergröße:

Fragebogen „Schlucken“

Hatten Sie Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten?

☐ ja ☐ nein Falls ja: wie viel? _____

Haben Sie öfter erhöhte Temperatur oder Fieber?

☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie eine Lungenentzündung oder Bronchitis?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Allergien?

☐ ja ☐ nein Falls ja: welche? _____

Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein Falls ja: wie viel? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein Falls ja: welche? _____

Haben Sie weitere Erkrankungen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja: Welche Erkrankung/en (z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsen-, Lungen-, Leber-, Nierenerkrankungen, Schlaganfall, Keim, Operationen)?

Ernähren Sie sich normal (Nahrungsaufnahme über den Mund)?

☐ ja ☐ nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Feste Speisen:

☐ ohne Probleme

☐ Verschlucken mit Husten:

☐ Ich muss gegen einen Widerstand schlucken

☐ Ich muss nachtrinken

☐ Kann ich nicht beißen

☐ Esse ich nicht, weil _____

☐ Gelegentlich ☐ Immer

Fragebogen „Schlucken“

Schluckfragebogen EAT-10

Name, Vorname _____

Datum _____

Beantworten Sie jede Frage, indem Sie ein Kreuz in das passende Kästchen eintragen. In welchem Umfang haben Sie Erfahrung mit folgenden Problemen?

Einteilung von „0 = kein Problem“ bis „4 = starkes Problem“

	0	1	2	3	4
1. Mein Schluckproblem führte zu Gewichtsverlust.					
2. Mein Schluckproblem beeinträchtigt meine Möglichkeit, zum Essen auszugehen.					
3. Das Schlucken von Flüssigkeit erfordert besondere Anstrengung.					
4. Das Schlucken von fester Nahrung erfordert besondere Anstrengung.					
5. Das Schlucken von Tabletten erfordert besondere Anstrengung.					
6. Schlucken ist schmerzhaft.					
7. Die Freude am Essen ist durch mein Schlucken beeinträchtigt.					
8. Wenn ich schlucke, bleibt mir Nahrung im Hals stecken.					
9. Ich huste, wenn ich esse.					
10. Schlucken ist anstrengend.					

Addieren Sie sämtliche Punktwerte der Fragen aus dem Screeningbogen und tragen Sie die Summe in das Kästchen ein:

Gesamt

Empfehlung nach der Auswertung des Gesamtergebnisses

3 oder mehr Punkte: Möglicher Verlust der Kontrolle über die Dysphagie-Symptome, die therapiert werden können. Besprechen Sie diesen EAT-Fragebogen mit dem behandelnden Arzt.

2 oder weniger Punkte: Füllen Sie diesen Fragebogen erneut aus, wenn Sie eine Änderung der Dysphagiesymptome feststellen.



Univ. Klinik für
Hör-, Stimm- und Sprachstörungen
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Simone Graf
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Tel: ++43(0)512/504-23220



Fragebogen „Schlucken“

Breiige Nahrung:

☐ ohne Probleme

☐ Verschlucken mit Husten:

☐ Ich muss gegen einen Widerstand schlucken

☐ Ich muss häufig nachschlucken

☐ Gelegentlich ☐ Immer

Flüssigkeiten:

☐ ohne Probleme

☐ Verschlucken mit Husten:

☐ Gelegentlich ☐ Immer

Ernähren Sie sich über Magensonde (z.B. PEG)?

☐ ja ☐ nein

Falls ja: Seit wann, wie häufig, Menge? _____

Verwenden Sie Zusatznahrung (z.B. Trinknahrung)?

☐ ja ☐ nein

Falls ja: Seit wann, was, Menge? _____

Kommt Ihnen Nahrung nach dem Essen wieder hoch?

☐ ja ☐ nein

Kreuzen Sie an, was für Ihre Schluckschwierigkeiten zutrifft:		nie	manchmal	immer
1P	Ich huste, wenn ich etwas trinke.			
2P	Ich huste, wenn ich feste Nahrung zu mir nehme.			
3P	Ich habe einen trockenen Mund.			
4P	Ich muss trinken, um Nahrung hinunter zu spülen.			
5P	Aufgrund meiner Schluckstörungen habe ich an Gewicht verloren.			
1F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden vermeide ich gewisse Nahrungsmittel.			
2F	Ich schlucke anders, damit mir das Essen leichter fällt.			
1E	Es ist mir peinlich in der Öffentlichkeit zu essen.			
3F	Ich brauche länger als früher, um eine Mahlzeit zu essen.			
4F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden esse ich häufiger kleinere Portionen.			
6P	Ich muss nochmals schlucken, bevor die Nahrung wirklich runter geht.			
2E	Es deprimiert mich, dass ich nicht mehr essen kann, was ich möchte.			
3E	Das Essen bereitet mir weniger Genuss als früher.			
5F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden nehme ich nicht mehr so aktiv am Sozialleben teil.			
6F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden vermeide ich zu essen.			
7F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden esse ich weniger.			
4E	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden bin ich gereizt.			
5E	Ich fühle mich durch meine Schluckbeschwerden eingeschränkt.			
6E	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden ärgere ich mich über mich selbst.			
7P	Wenn ich meine Medikamente einnehme, verschlucke ich mich.			
7E	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden habe ich Angst, dass ich mich verschlucke und ersticken könnte.			
8F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden muss ich Nahrung auf eine andere Art zuführen (z.B. über eine Ernährungssonde)			
9F	Aufgrund meiner Schluckbeschwerden habe ich meine Ernährung umgestellt.			
8P	Es schnürt mir den Hals zu beim Schlucken.			
9P	Nach dem Schlucken huste ich Nahrungsreste hoch.			

Umkreisen Sie die Zahl, die den Schwergrad ihrer Schluckbeschwerden angibt:

1	2	3	4	5	6	7
normal		mittel			schwerwiegend	