

BEOBACHTUNGSBOGEN ZUR OFFENEN MUNDHALTUNG

– nach I. Adamer und M. Furtenbach –

Patientenname: _____	Geb.: _____
Logopädische Praxis: _____	Gruppe: _____
I. Beobachtungstag: _____	AD ZD1 ZD2 ED NHP

BEOBACHTUNG DER MUNDATMUNG

Mund offen?
(kein vollständiger Lippenkontakt = ja)

	Tag 1		Tag 2		Tag 3	
In der Nacht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Fernsehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Musik- / Hörbuchhören	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Am Computer, beim Computerspiel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Malen, Basteln, bei den Hausaufgaben	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Spielen, in Bewegung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Bilderbuch ansehen, beim stillen Lesen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Essen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beim Kauen von Kaugummi	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstiges (Lieblingsbeschäftigung): _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

ZUSATZBEOBACHTUNGEN

Verhalten vorhanden?

	Tag 1		Tag 2		Tag 3	
Schnarchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Speichel auf dem Kopfkissen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kaugeräusche (Schmatzen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kauen an Stiften, Fingernägeln etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lutschgewohnheiten (Schnuller, Daumen, Flasche, Kuscheltier, -tuch)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Diagnostiktermin mit oder senden ihn spätestens vier Tage nach dem Diagnostiktermin per E-Mail an: praxis@kfo-elbvororte.de.

