

1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Beruf / bisherige Tätigkeit (freiwillig)

Kontaktperson für Rückfragen (freiwillig)

2. Anlass der Vorstellung

Was führt Sie zur Logopädie? Welche Beschwerden bestehen?

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Welche Bereiche halten sie für betroffen?

- ☐ Sprache / Wortfindung / Sprachverständnis
- ☐ Aussprache / Sprechmotorik
- ☐ Stimme / Heiserkeit / Belastbarkeit
- ☐ Sprechflüssigkeit (Stottern / Poltern)
- ☐ Atmung / Sprechkoordination
- ☐ Kauen / Schlucken / Essen / Trinken
- ☐ Gesichtsmuskulatur / Mundmotorik
- ☐ Lesen / Schreiben

Anamnese · Fortsetzung

- ☐ Kommunikation im Alltag / Beruf
- ☐ Andere Beschwerden

Was ist Ihnen für die Behandlung besonders wichtig?

3. Gesundheit und medizinische Vorgeschichte

Sind folgende Erkrankungen / Ereignisse bekannt?

- ☐ Schlaganfall / Hirnblutung
- ☐ Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS)
- ☐ Schädel-Hirn-Trauma
- ☐ Operation im Kopf-, Hals- oder Brustbereich
- ☐ Tumorerkrankung / Bestrahlung
- ☐ Erkrankungen der Atemwege / Lunge
- ☐ Reflux / Sodbrennen
- ☐ Hörminderung / Hörgerät
- ☐ Andere relevante Erkrankungen
- ☐ Keine bekannten relevanten Erkrankungen

Diagnosen, Zeitpunkt und relevante Befunde

Operationen / Krankenhausaufenthalte

Regelmäßig eingenommene Medikamente (soweit relevant)

Allergien oder andere Besonderheiten (soweit relevant)

4. Sprache und Kommunikation

Anamnese · Fortsetzung

Welche Schwierigkeiten beobachten Sie?

- ☐ Wörter fallen mir nicht ein
- ☐ Ich verstehe längere / komplexe Aussagen schwer
- ☐ Ich kann Gedanken schwer in Sätze fassen
- ☐ Ich verwechsle Wörter oder Laute
- ☐ Ich spreche undeutlich / verwaschen
- ☐ Sprechen ist anstrengend oder verlangsamt
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim Lesen
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten beim Schreiben
- ☐ Keine dieser Schwierigkeiten

In welchen Gesprächssituationen fallen die Schwierigkeiten besonders auf?

Wie kommunizieren Sie im Alltag?

- ☐ Mündliche Sprache
- ☐ Gestik / Zeigen
- ☐ Schreiben / Tippen
- ☐ Kommunikationshilfe / App
- ☐ Unterstützung durch Angehörige

Welche Sprachen sprechen Sie? Welche nutzen Sie überwiegend?

5. Stimme, Atmung und Sprechflüssigkeit

Welche Veränderungen bemerken Sie?

- ☐ Heiserkeit / raue Stimme
- ☐ Leise / kraftlose Stimme
- ☐ Stimme ermüdet rasch
- ☐ Stimme bricht weg / bleibt aus
- ☐ Druck / Schmerzen beim Sprechen
- ☐ Häufiges Räuspern / Husten
- ☐ Atemnot oder Luftmangel beim Sprechen
- ☐ Stottern / Blockierungen / Wiederholungen
- ☐ Sehr schnelles / unregelmäßiges Sprechen
- ☐ Keine dieser Auffälligkeiten

Anamnese · Fortsetzung

Wann sind die Beschwerden besonders stark (z. B. Beruf, Telefon, Tageszeit)?

Wie stark nutzen Sie Ihre Stimme beruflich oder privat?

Gab es eine HNO-ärztliche / phoniatische Untersuchung? Wann und mit welchem Befund?

6. Essen, Trinken, Kauen und Schlucken

Beobachten Sie beim Essen oder Trinken ...

- ☐ Husten / Verschlucken
- ☐ Räuspern oder veränderte Stimme nach dem Schlucken
- ☐ Probleme beim Kauen oder Abbeißen
- ☐ Nahrung bleibt im Mund / in den Wangentaschen
- ☐ Gefühl, dass etwas im Hals stecken bleibt
- ☐ Schmerzen beim Schlucken
- ☐ Flüssigkeit / Nahrung läuft aus dem Mund
- ☐ Auffällig lange Mahlzeiten
- ☐ Gewichtsverlust / verringerte Nahrungsaufnahme
- ☐ Keine dieser Auffälligkeiten

Welche Konsistenzen bereiten Schwierigkeiten?

- ☐ Dünne Flüssigkeiten (z. B. Wasser)
- ☐ Dickflüssiges / Brei
- ☐ Feste Nahrung
- ☐ Tabletten
- ☐ Keine / unklar

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten? Weitere Beobachtungen

Besondere Versorgung (falls zutreffend)

- ☐ Angepasste Kost / angedickte Flüssigkeiten
- ☐ Sondenernährung (PEG / nasogastral)
- ☐ Trachealkanüle

Anamnese · Fortsetzung

☐ Keine

Gab es bereits eine Schluckuntersuchung (z. B. FEES / VFSS)? Ergebnis?

7. Mundmotorik und Gesichtsfunktion

Beobachten Sie ...

- ☐ Eingeschränkte Beweglichkeit von Lippen / Zunge / Kiefer
- ☐ Gefühlsstörungen im Gesicht / Mund
- ☐ Speichelverlust
- ☐ Schwierigkeiten beim Mundschluss
- ☐ Zahnprothese / Zahn- oder Kieferprobleme
- ☐ Gesichtslähmung / Asymmetrie
- ☐ Keine dieser Auffälligkeiten

Weitere Besonderheiten

8. Alltag, Teilhabe und Belastung

Wo beeinträchtigen Sie die Beschwerden?

- ☐ Gespräche mit Familie / Freunden
- ☐ Telefonieren / Videotelefonie
- ☐ Arbeit / Ausbildung / Studium
- ☐ Einkaufen / Behörden / Arztgespräche
- ☐ Soziale Aktivitäten
- ☐ Essen in Gesellschaft
- ☐ Keine nennenswerte Einschränkung

Welche Tätigkeiten möchten Sie wieder leichter bewältigen können?

Was gelingt Ihnen trotz der Beschwerden gut? Welche Stärken helfen Ihnen?

Anamnese · Fortsetzung

Welche Unterstützung ist vorhanden?

- ☐ Angehörige / Bezugspersonen
- ☐ Pflege / Betreuung
- ☐ Hilfsmittel / Kommunikationshilfen
- ☐ Keine / nicht erforderlich

9. Bisherige Behandlungen

Bisherige Untersuchungen / Therapien

- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ HNO / Phoniatrie
- ☐ Neurologie
- ☐ Schluckdiagnostik
- ☐ Andere
- ☐ Keine

Wann, wo und mit welchem Ergebnis?

Gibt es Befunde, die Sie zum Termin mitbringen können?

10. Ziele und Ergänzungen

Was möchten Sie durch die logopädische Behandlung erreichen?

Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihr Vertrauen.

Bitte bringen Sie vorhandene relevante Befunde zum Ersttermin mit.

Dieser Bogen ersetzt keine medizinische oder logopädische Diagnostik.