

## Fragebogen – Myofunktionelle Therapie (MFT)

Bitte diesen Fragebogen vor der ersten Therapiestunde ausfüllen und zurückschicken. Vielen Dank!

<b>Personalien</b>	
<b>Name, Vorname</b>  <b>Bei Minderjährigen: zusätzlich Eltern</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon/ Natel/ E-Mail</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Hausarzt / Kinderarzt</b>	
<b>Zuweisender Arzt</b>	
<b>Schule / Klasse / Schulleistungen</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Sport/ Hobbys/ Musikinstrument</b>	

<b>Ziele</b>	
<b>Warum kommen sie zur MF-Therapie?</b>	
<b>Was ist ihr Ziel/ihre Erwartung an die MF-Therapie?</b>	

<b>Patientengeschichte</b>	
<b>Familienkrankheiten</b>	
<b>Verlauf Schwangerschaft</b>	
<b>Geburt</b>	
<b>Stillen / Flaschenernährung</b>	<input type="checkbox"/> Gestillt bis ..... Monate <input type="checkbox"/> Flaschenernährung bis ..... Monate <input type="checkbox"/> Spezielles:
<b>Motorische Entwicklung</b>	<input type="checkbox"/> Drehen mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Krabbeln mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Stehen mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Gehen mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Spezielles:
<b>Sprachentwicklung (Logopädie)</b>	Erste Worte mit ..... Monaten  Sprache verständlich für: <input type="checkbox"/> Familie/Freunde mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Aussenstehende mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Spezielles:
<b>Offene Mundhaltung Mundatmung</b>	
<b>Ohrentzündungen Häufig erkältet</b>	<input type="checkbox"/> Weniger als 3x im Jahr <input type="checkbox"/> Mehr als 3x im Jahr

<b>Allergien</b>		
<b>Medikamente Erkrankungen</b>		
<b>Unfälle</b>		
<b>Vermehrter Speichelfluss</b>		
<b>Operationen (Gaumenmandeln Rachenmandeln)</b>		
<b>Aktuelle Beschwerden</b>		
<b>Verdauung</b>		
<b>Schlafen</b>	<input type="checkbox"/> Atemaussetzer <input type="checkbox"/> Schlafen mit offenem Mund <input type="checkbox"/> Schnarchen	
<b>Essverhalten</b>	<u>Bevorzugte</u> Lebensmittel:	<u>Unbeliebte</u> Lebensmittel:
Isst:	<input type="checkbox"/> Schnell <input type="checkbox"/> Langsam <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Schlingt grosse Bisse herunter	
<b>Bisherige Abklärungen und / oder Therapien</b>		

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift (bei Kindern: Erziehungsberechtigte)</b>
--------------	--