

BEOBACHTUNGSBOGEN ZUR OFFENEN MUNDHALTUNG

Patientenname: _____

Erstbeobachtung am: _____

Geboren am: _____

Evaluierung am: _____

Mund offen (= kein Lippenkontakt) = ja

BEOBACHTUNG DER MUNDHALTUNG

Zutreffendes bitte unterstreichen

	Tag 1	Tag 2	Tag 3
in der Nacht	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Fernsehen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Musik / Hörspiel hören	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
am Computer / Spielkonsole / Handy	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Zeichnen / Basteln / Schreiben der Hausübung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Bilderbuch Anschauen / stillen Lesen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Essen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Spielen, in Bewegung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beim Kauen von Kaugummi	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges: (Lieblingsbeschäftigung)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

ZUSATZBEOBACHTUNGEN

Schnarchen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Speichel auf dem Kopfkissen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Kaugeräusche (Schmatzen) beim Essen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Kauen an Stiften / Fingernägeln etc.	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Lutschgewohnheit (Schnuller, Flasche, Daumen, Kuscheltier, Schmusetuch...)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Weiteres:

Bitte machen Sie zu Hause kurze Videos von den Ess- und Kausituationen Ihres Kindes und fotografieren Sie Alltagssituationen, in denen die Mundhaltung (geschlossener oder offener Mund) gut zu erkennen ist.

Bringen Sie uns dieses Formular bitte ausgefüllt zur Anfangsdiagnostik mit oder senden Sie es uns per Mail innerhalb einer Woche nach der Anfangsdiagnostik zu.