

Fragebogen – Myofunktionelle Therapie (MFT)

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

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

Ziele	
Warum kommen Sie zur MF-Therapie?	
Was ist Ihr Ziel/Ihre Erwartung an die MF-Therapie?	

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

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

Datum	Unterschrift (bei Kindern: Erziehungsberechtigte)
--------------	--