

## Anmeldung zur Therapie für Probleme bei der Nahrungsaufnahme und/oder Störungen im Mund- und Gesichtsbereich

Angaben zum Kind	
Name, Vorname	
Geschlecht	
Strasse / Wohnort	
Geburtsdatum	
Muttersprache	

Angaben zu den Eltern / Erziehungsberechtigten			
Name & Vorname des Vaters			
Sprache / Beruf			
Name & Vorname der Mutter			
Sprache / Beruf			
Telefonnummern	P	G	M
E-Mail Adresse			

Weitere Angaben:			
Kinderarzt			
Telefonnummern & Email	G	M	Mail
Involvierte Fachpersonen			
Telefonnummern & Email	G	M	Mail
Involvierte Fachpersonen			
Telefonnummern & Email	G	M	Mail

Grund der Anmeldung:

Probleme der Nahrungsaufnahme	
Das Kind zeigt Auffälligkeiten bei:	
<input type="checkbox"/>	Saugen
<input type="checkbox"/>	Schlucken
<input type="checkbox"/>	Brei essen
<input type="checkbox"/>	Kauen
<input type="checkbox"/>	Trinken
Beschreibung der Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/>	Mangelnde Speichelkontrolle

## Anmeldung zur Therapie für Probleme bei der Nahrungsaufnahme und/oder Störungen im Mund- und Gesichtsbereich

Probleme der Nahrungsaufnahme	
<input type="checkbox"/>	Zungenruhelage zwischen den Lippen
<input type="checkbox"/>	Zunge stösst beim Essen nach vorne
<input type="checkbox"/>	Das Kind verschluckt sich oft
<input type="checkbox"/>	Das Kind würgt
<input type="checkbox"/>	Das Kind muss sich beim Essen oft übergeben
<input type="checkbox"/>	Das Kind kaut nicht/schluckt grosse Stücke ohne zu kauen
<input type="checkbox"/>	Das Kind lehnt bestimmte Konsistenzen ab
<input type="checkbox"/>	Das Kind zeigt kein Interesse am Essen
<input type="checkbox"/>	Das Kind saugt unrhythmisch, muss oft Luft holen
<input type="checkbox"/>	Das Kind schläft beim Trinken immer wieder ein, ist sehr angestrengt
<input type="checkbox"/>	Während des Trinkens läuft Flüssigkeit aus dem Mund
<input type="checkbox"/>	Das Kind ist/war sondenernährt

Anmeldung			
Name, Adresse des Anmelders			
Telefonnummern	P	G	M
E-Mail Adresse			

Datum, Unterschrift des Anmelders \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der Anmeldung zur Abklärung und dem fachlichen Austausch mit den involvierten Fachpersonen in Bezug auf die Abklärung durch die Heilpädagogische Früherzieherin einverstanden.

Datum, Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Nach Eingang dieser Anmeldung werden die Eltern zur Abklärung eingeladen.

Den ausgefüllten Anmeldebogen senden an:

Frau Verena Ramsauer  
Bereichsleitung Therapie  
Im Kresta 2  
9494 Schaan