MFT 4-8 sTArs

Myofunktionelle Therapie für 4- bis 8-Jährige mit **s**pezieller **T**herapie der **Ar**tikulation von **s/sch**
nach A. Kittel und N. Oster

MFS-GESAMTDOKUMENTATION: Intensiv- und Intervalltherapie

Patient/Patientin (Name):	**geboren:**	**Therapeut/Therapeutin Intensivtherapie:**
Fotos / Video(s) vorhanden von	☐ Diagnostik ☐ Therapiebeginn	☐ Therapieende
Therapieumfang	☐ Heft 1 „Mundspaßspiele“ ☐ Heft 2 „Schluckspaßspiele“	☐ Heft 3 „Sprechspaßspiele“

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEBEGINN

Artikulation	☐ o. B. ☐ Sigmatismus add. / int. / lat.	☐ Schetismus add. / int. / lat.	☐ t / d / l / n add. / int.
Orale Gewohnheiten	☐ keine ☐ Lippenlecken ☐ Nägelkauen	☐ Daumenlutschen	☐ Schnuller Fläschchen
Bitte einkreisen	+ (70-100%) ~ (50-70%) – (< 50%)		

Zungentonus	(Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)	+ / ~ / –
Zungenmotorik	(Übungen aus Diagnostik erneut zeigen lassen)	+ / ~ / –
Lippentonus	(Sichtbeurteilung in Ruhe)	+ / ~ / –
Lippenmotorik	(Übungen aus Diagnostik erneut zeigen lassen)	+ / ~ / –

Zungenruhelage	☐ physiologisch ☐ pathologisch	**Lippenruhelage**	☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden
M. mentalis in Ruhe	☐ euton ☐ hyperton	**beim Schlucken**	☐ euton ☐ hyperton
Ganzkörpertonus / Haltung	☐ euton ☐ hypoton ☐ hyperton		☐ Schiefhaltung
Physiotherapie / Osteopathie	☐ nicht erfolgt ☐ erfolgt von _____ bis _____		Zunge / Kiefer / Kopf / Schultern / Hüfte

KFO-Behandlung
☐ nicht notwendig
☐ nicht begonnen ☐ begonnen seit _____ ☐ abgeschlossen seit _____
☐ KFO-Diagnose _____
☐ Aktive Platte ☐ oben ☐ unten

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEVERLAUF

Anzahl der Therapieeinheiten (TE) für die Muki-Hefte

☐ Muki-Heft 1: _____ TE ☐ Muki-Heft 2: _____ TE ☐ Muki-Heft 3: _____ TE

Motivation insgesamt + / ~ / –	**Elternteil anwesend** ☐ nein, Grund: _____ ☐ ja, i. d. Regel ☐ wöchentlich ☐ 2-wöchentlich

Regelmäßige Elternberatung
☐ ja, mit der Mutter 1x pro Muki-Heft ☐ nein, Grund: _____
☐ ja, mit dem Vater 1x pro Muki-Heft ☐ nein, Grund: _____

KFO-Behandlung
☐ während Intensivtherapie abgeschlossen, am _____
KFO-Geräte während Intensivtherapie (falls Veränderungen zu Therapiebeginn): _____

Therapiepausen ☐ nein ☐ ja Anzahl TE vor Pause: _____ Dauer der Pause: _____ Anzahl TE nach Pause: _____
(ohne Beratungstermine) Grund der Pause: _____

INTENSIVTHERAPIE: THERAPIEENDE (Schluckspaß-Test SST 1)				
Artikulation	☐ korrekt	☐ > 80%	☐ 60-80%	☐ < 60%, Problem:
Orale Gewohnheiten	☐ keine	☐ Lippenlecken	☐ Nägelkauen	☐ Sonstiges:
ZAP + / ~ / –	Zungentonus (Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)			+ / ~ / –
LAP + / ~ / –	Lippentonus (Sichtbeurteilung in Ruhe)			+ / ~ / –
M. mentalis in Ruhe	☐ euton	☐ hyperton	**beim Schlucken**	☐ euton ☐ hyperton
Anzahl der Therapieeinheiten (TE) insgesamt: _____			**Dauer der Intensivtherapie in Monaten:** _____	
Ergebnis Schluckspaß-Test (SST) Therapieende _____ Punkte von 25 Punkten				
Spontantes Schlucken: + / ~ / –				
Fotos / Video(s) gemacht von SST 1 ☐ ja ☐ nein				

INTERVALLBEHANDLUNGEN (Schluckspaß-Test SST)		
Fotos / Video(s) vorhanden von SST ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		
Pause zwischen den Intervallbehandlungen, Schluckspaß-Tests (Datum eintragen)		
SST 2	**SST 3**	**SST 4**
Therapeut/Therapeutin (Name)	**Therapeut/Therapeutin (Name)**	**Therapeut/Therapeutin (Name)**
Artikulation	**Artikulation**	**Artikulation**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:
Orale Gewohnheiten	**Orale Gewohnheiten**	**Orale Gewohnheiten**
☐ _____ ☐ keine	☐ _____ ☐ keine	☐ _____ ☐ keine
Zungentonus (gerade herausstrecken)	**Zungentonus (gerade herausstrecken)**	**Zungentonus (gerade herausstrecken)**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
Lippentonus (Aussehen)	**Lippentonus (Aussehen)**	**Lippentonus (Aussehen)**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
ZAP – SST 2	**ZAP – SST 3**	**ZAP – SST 4**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
LAP – SST 2	**LAP – SST 3**	**LAP – SST 4**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
KFO-Behandlung	**KFO-Behandlung**	**KFO-Behandlung**
☐ ja – Momentanes Gerät:	☐ ja – Momentanes Gerät:	☐ ja – Momentanes Gerät:
☐ nein	☐ nein	☐ nein
☐ abgeschlossen ☐ geplanter Abschluss: _____	☐ abgeschlossen ☐ geplanter Abschluss: _____	☐ abgeschlossen ☐ geplanter Abschluss: _____
Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)	**Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)**	**Korrektes Schlucken in Punkten (von 25)**
Punkte	Punkte	Punkte
Spontanes Schlucken	**Spontanes Schlucken**	**Spontanes Schlucken**
+ / ~ / –	+ / ~ / –	+ / ~ / –
Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:
Sonstige Anmerkungen	**Sonstige Anmerkungen**	**Sonstige Anmerkungen**
Abbruch wegen:		**Zu SST Nr.:**