

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:
Schlechte (An)gewohnheiten (Mödeli wie Haare in den Mund, Fingernägel kauen etc.)	
Allgemeine Erkrankungen	

Ohrentzündungen Häufig erkältet		
Allergien		
Medikamente		
Unfälle		
Vermehrter Speichelfluss		
Operationen (Gaumenmandeln Rachenmandeln)		
Aktuelle Beschwerden		
Verdauung		
Schnarchen, schlafen mit offenem Mund		
Essverhalten	<u>Bevorzugte</u> Lebensmittel:	<u>Unbeliebte</u> Lebensmittel:
Bisherige Abklärungen und / oder Therapien		

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