

## MFS- Gesamtdokumentation: Intensiv- und Intervalltherapie

<b>Patient/in / Name:</b>	<b>geb.:</b>	<b>Therapeut/in Intensivtherapie:</b>
---------------------------	--------------	---------------------------------------

### ❖ INTENSIVTHERAPIE

**Fotos /Video vorhanden von**     Diagnostik    Therapiebeginn    Therapieende

**Therapieform**                       Einzeltherapie                       Gruppe    2-er    3-er    4-er

### THERAPIEBEGINN

**Artikulation**     o. B.     Sigmatismus add. / int. / lat.     Schetismus add. / int. / lat.     Sonstiges:

**Orale Gewohnheiten**  keine     Lippenlecken     Nägelkauen     Sonstiges:

<i>Bitte einkreisen + (70-100%) ~ (50-70%) – (&lt; 50%)</i>	
<b>Zungentonus</b> (Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)	+ / ~ / -
<b>Zungenmotorik</b> (Übungen aus Diagnostikbogen erneut zeigen lassen)	+ / ~ / -
<b>Lippentonus</b> (Sichtbeurteilung in Ruhe)	+ / ~ / -
<b>Lippenmotorik</b> (Übungen aus Diagnostikbogen erneut zeigen lassen)	+ / ~ / -

**Zungenruhelage**  physiologisch    pathologisch                      **Lippenruhelage**  vorhanden     nicht vorhanden

**M. mentalis** in Ruhe oder beim Schlucken  euton    hyperton

**Gesamtkörpertonus / Haltung**                       euton                       hypoton                       hyperton

**Physiotherapie / Osteopathie**                       nicht erfolgt     erfolgt, von / bis:

**KFO-Behandlung**     nicht begonnen     nicht notwendig     begonnen seit: .....     abgeschlossen seit:.....

Multiband    Palatinalbogen    Hyraxschraube    Aktive Platte    oben    unten    Vorschubdoppelplatte

Aktivator    Bionator     Sonstiges:

### THERAPIEVERLAUF

**Spezielle Artikulationstherapie – Lautanbahnung nach A. Kittel**

erfolgt, ab der ..... Therapieeinheit (TE)     nicht erfolgt,     nur durch die Übungen verbessert

Kombiübungen                       Ganzkörperkoordination (GKK / KÜ) durchgeführt

**Motivation insgesamt** +    ~    -                      **Eltern anwesend**  nein    ja, i. d. R.    wöchentlich    2-wöchentlich

<b>Regelmäßige (Eltern-) Beratung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beratung in folgenden Therapiesitzungen
... bei Jugendlichen mit Elternteil <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> nur therapiebegleitend

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

<b>Therapiepausen:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl TE vor Pause:	Dauer Pause:	Anzahl TE nach Pause:
	(ohne Beratungstermine)	Grund der Pause:	

### THERAPIEENDE

**Artikulation**     o. B.     Sigmatismus add. / int. / lat.     Schetismus add. / int. / lat.     Sonstiges:

**Orale Gewohnheiten**  keine     Lippenlecken     Nägelkauen     Sonstiges:

ZAP +    ~    -	Zungentonus (Sichtbeurteilung beim Zunge-gerade-Herausstrecken)	+    ~    -
LAP +    ~    -	Lippentonus (Sichtbeurteilung in Ruhe)	+    ~    -

**M. mentalis** in Ruhe oder beim Schlucken  euton    hyperton

**Anzahl der Therapieeinheiten (TE) insgesamt:**                      **Dauer der Intensivtherapie in Monaten:**

**Korrektes Schlucken Therapieende %:**                      **Spontanes Schlucken:**                      + / ~ / -

❖ INTERVALLTHERAPIE

Fotos / Video vorhanden von Intervall  1  2  3  4  5  6

Therapeut/in / Name

Intervall 1	Intervall 2	Intervall 3	Intervall 4	Intervall 5	Intervall 6
<b>Pause zwischen den Intervallen (Datum eintragen)</b>					
Intensiv /1.	1./2.	2./3.	3./4.	4./5.	5./6.

Intervall 1	Intervall 2	Intervall 3	Intervall 4	Intervall 5	Intervall 6
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

**Artikulation (Hörbefund)**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Anmerkungen zur Artikulation:

**Orale Gewohnheiten**

<input type="checkbox"/> keine					
<input type="checkbox"/>					

**Zungentonus (Aussehen)**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

**Lippentonus (Aussehen)**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

**ZAP**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

**LAP**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

**KFO-Behandlung**  abgeschlossen zum Intervall Nr. 1 2 3 4 5 6  geplanter Abschluss:

**Momentanes Gerät:**

--	--	--	--	--	--

**Korrektes Schlucken in %**

%	%	%	%	%	%
---	---	---	---	---	---

**Spontanes Schlucken**

+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -	+ ~ -
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:
------------	------------	------------	------------	------------	------------

**Sonstige Anmerkungen zu einem der Bereiche:**

--	--	--	--	--	--

**Abbruch wegen:** **Zu Intervall Nr.:**