

Screening Schluckstörung und Mangelernährung

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Es geht dabei um Ihre aktuelle Situation.
 Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Allgemeine Angaben		Datum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Gewicht kg	Größe cm	

EAT-10 ¹		0 Trifft nicht zu	1	2	3	4 Trifft sehr zu
1	Mein Schluckproblem führte zu Gewichtsverlust.	0	1	2	3	4
2	Mein Schluckproblem beeinträchtigt meine Möglichkeit, zum Essen auszugehen.	0	1	2	3	4
3	Das Schlucken von Flüssigkeit erfordert besondere Anstrengung.	0	1	2	3	4
4	Das Schlucken fester Nahrung erfordert besondere Anstrengung.	0	1	2	3	4
5	Das Schlucken von Tabletten erfordert besondere Anstrengung.	0	1	2	3	4
6	Schlucken ist schmerzhaft.	0	1	2	3	4
7	Die Freude am Essen ist durch mein Schlucken beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
8	Wenn ich schlucke, bleibt mir Nahrung im Hals stecken.	0	1	2	3	4
9	Ich huste, wenn ich esse.	0	1	2	3	4
10	Schlucken ist anstrengend.	0	1	2	3	4
Gesamtpunktzahl:						

MUST ²			
1	Haben Sie in den vergangenen 3 - 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?	ja	nein
2	Wieviel haben Sie vor 3 - 6 Monaten gewogen (circa)?	_____ kg	
3	Liegen eine akute Erkrankung und eine Nahrungskarenz von mehr als 5 Tagen vor?	ja	nein

¹ Zaretsky et al.: Validierung der deutschen Version des Eating Assessment Tool. Laryngo Rhino Otol 2018;97:480-486.

² Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich: nach Kondrup J. et al: Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421.