

Orale Restriktionen- interdisziplinärer Behandlungsplan: Säuglinge/ Kleinkinder

Name: _____

geboren am: _____

Stillberatung

Name Stillberater*in: _____ Kontakt: _____

Tag der Erstvorstellung: _____

Schwierigkeiten Brust zu erfassen		Milchbildung zu hoch/ zu gering	
Saugverhalten auffällig		Zufütterung notwendig: Muttermilch/ Formula	
Saugbläschen		Schluckauf	
Zungenbelag		Reflux/ Aufstoßen	
Schmatzen/ Schnalzen		Vasospasmus	
Milchverlust durch Mund/ Nase		Kinn/ Zunge zittert	
schmerzende/ wunde Mamillen		Blähungen	

Hinweise auf orale Restriktion: Funktion/ Aussehen
Andere orale Restriktionen:

Weitere Informationen/ Auffälligkeiten:

Eltern über mögliche Zusammenhänge mit dem zu kurzen Zungenband aufgeklärt, interdisziplinäre Herangehensweise erläutert. Vor- und Nachsorge sowie aktives Wundmanagement besprochen.

Erstkontrolle		Termin für Kontrolle nach OP	
---------------	--	------------------------------	--

Orale Restriktionen- interdisziplinärer Behandlungsplan: Säuglinge/ Kleinkinder

Gesamtkörperbetreffende Therapie

Therapeut: Name: _____ Kontakt: _____

Datum Erstkontakt: _____

Fachrichtung: _____

Spannung HWS		Mundöffnung asymmetrisch	
Mundöffnung unzureichend		asymmetrische Schädelform	
Mundboden/ Kiefer verspannt		Unphysiologische Rückenlage	
Unphysiologische Kopfrotation		Blockierte Hyoidbeweglichkeit	
Unphysiologische Bauchlage		Unphysiologische Beckenstellung	
Blockade Wirbelsäule (Regio)		Überstreckung/ Asymmetrie	

Ergänzende Bemerkungen:

Ärztliche Behandlung

Arzt/ Ärztin: Name: _____ Kontakt: _____

Datum Erstkontakt: _____

Beurteilung/ Diagnose:			
Weitere Bemerkungen:			
Frenotomie durchgeführt/ Besonderheiten			
Anlegen/ Füttern in der Praxis erfolgreich			
Schmerzmanagement besprochen		Aktives Wundmanagement gezeigt/ besprochen	
Ergänzende Bemerkungen:			