

Dysphagie bei Kindern und Jugendlichen - eine Landkarte

Name der Einrichtung: _____

Adresse der Einrichtung: _____
Straße Hausnummer, PLZ, Stadt

Art der Einrichtung:

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Universitätsklinik | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rehaklinik | <input type="checkbox"/> Praxis | <input type="checkbox"/> SPZ | |

Abteilung:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> päd. Pulmonologie | <input type="checkbox"/> päd. Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Kinderradiologie | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neonatologie / Neo-ICU | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie | |
| <input type="checkbox"/> Phoniatrie | <input type="checkbox"/> Allgemeinpädiatrie | <input type="checkbox"/> päd ICU | |

Die folgenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf diagnostische oder therapeutische Angebote im Hinblick auf **Dysphagie** bei Kindern und Jugendlichen.

1. Welcher Art der diagnostischen / therapeutischen Möglichkeiten bietet Ihre Einrichtung?

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Spezialisierte pädiatrische Dysphagie-Ambulanz | | | |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie-Diagnostik: | <input type="checkbox"/> ambulant / Praxis | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> teilstationär |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie-Therapie: | <input type="checkbox"/> ambulant / Praxis | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> teilstationär |

2. Welche spezialisierten diagnostischen Angebote halten Sie in Ihrer Einrichtung vor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Klinische Schluckuntersuchung / Essensbeobachtung | |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> FEES |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Videofluoroskopie |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

3. Welche spezialisierten therapeutischen Angebote halten Sie in Ihrer Einrichtung vor?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie/Sprachtherapie |
| <input type="checkbox"/> Konzepte: _____ |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie (Schwerpunkt Dysphagie) |
| <input type="checkbox"/> Konzepte: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung/ Ökotrophologie |
| <input type="checkbox"/> Konzepte: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Beratung (Schwerpunkt Dysphagie und Fütterstörung) |
| <input type="checkbox"/> Konzepte: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Angebote |
| <input type="checkbox"/> Botulinumtoxin- Injektionen in die Speicheldrüsen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Weitere therapeutische Angebote: _____ |

Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf Mitarbeitende mit einer **Spezialisierung auf pädiatrische Dysphagie** – durch langjährige praktische Erfahrung (> 3 Jahre) oder spezielle Zusatzqualifikationen.

1. Wir bieten ein auf pädiatrische Dysphagie spezialisiertes Team / Mitarbeitende aus dem Bereich / den Bereichen:

☐ Logopädie / Sprachtherapie / o.vergleichbar

☐ Psychologie

☐ Ernährungsberatung / Ökotröphologie

☐ Pflege

☐ Physiotherapie

☐ Sonstiges: _____

ärztlicher Dienst:

☐ Phoniatrie/HNO

☐ Neuropädiatrie

☐ päd. Pulmonologie

☐ Kinderradiologie

☐ päd. Gastroenterologie

☐ Neonatologie

☐ päd ICU

2. Wir bieten ein definiertes interprofessionelles, interdisziplinäres pädiatrisches Dysphagie-Team.

☐ Ja ☐ Nein

3. Bitte geben Sie an, welche Art der Qualifikation / Spezialisierung in Ihrer Einrichtung vorhanden ist:

☐ FEES-Zertifikat

☐ FEES-Ausbilderzertifikat

☐ langjährige klinische Erfahrung

☐ Wissenschaftliche Mitarbeit / Veröffentlichung

☐ Fachkräfte für pädiatrische Dysphagie

☐ TKM-Zertifikat

☐ TKM-Ausbilderzertifikat

☐ Mitarbeit in Organisationen / Gremien: _____

☐ Sonstiges: _____

Ansprechpartner*in:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Webseite / Internet-Adresse / Link: _____

Email-Adresse: _____

Die gesammelten Informationen werden zunächst nur für eine Präsentation im Rahmen des Symposiums „Dysphagie im Kindes- und Jugendalter“ am 21. Februar 2026 in der Mauritius Therapieklinik Meerbusch verwendet.

Dennoch bitten wir Sie um die Erlaubnis, die Daten auch im Zuge evtl. folgender und ausgedehnter Umfragen und Präsentationen verwenden zu dürfen.

☐ Ich bin mit der Veröffentlichung aller angegebenen Daten inkl. Ansprechpartner*in mit Emailadresse (ohne Telefonnummer) einverstanden. Dies schließt Präsentationen auf Fachtagungen oder Veröffentlichung meiner Daten in Fachzeitschriften über die zu erstellende „Landkarte pädiatrische Dysphagie“ ein. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

☐ Ich bin nur mit der Veröffentlichung der angegebenen Daten inkl. Ansprechpartner*in ohne Emailadresse und ohne Telefonnummer einverstanden. Dies schließt Präsentationen auf Fachtagungen oder Veröffentlichung meiner Daten in Fachzeitschriften über die zu erstellende „Landkarte pädiatrische Dysphagie“ ein. Die E-Mail-Adresse darf nur für Rückfragen bei der Organisation der Dysphagie-Landkarte von den Veranstalter*innen des Symposiums genutzt werden. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

☐ Ich möchte in einem Email-Verteiler aufgenommen werden, um in Zukunft Informationen oder Korrespondenz zum Thema pädiatrische Dysphagie und Netzwerktreffen zu erhalten.

Unterschrift Ansprechpartner*in

Bitte senden Sie diesen Fragebogen zurück an:

dysphagie@ak-neuss.de

F 02159 679 1553

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme

Anregungen und Fragen:
