

Visite (z.B Baseline):

Datum:

Pat.ID:

cCc

Anderson Dysphagia Inventory-Head and Neck German

1: stimme voll zu; 2: stimme zu; 3: weiß nicht; 4: stimme nicht zu; 5: stimme auf keinen Fall zu

Meine Schluckprobleme behindern mich bei der täglichen Routine.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Meine Essgewohnheiten sind mir peinlich.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Die Leute finden es schwer, etwas Passendes für mich zu kochen.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Das Schlucken fällt mir am Ende eines Tages schwer.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ich fühle mich nicht gehemmt wenn ich esse.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Mein Schluckproblem belastet mich.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Das Schlucken fällt mir sehr schwer.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Wegen meines Schluckproblems gehe ich nicht mehr aus.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Wegen meines Schluckbeschwerden musste ich Einkommeinseinbußen hinnehmen.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Beim Essen brauch ich wegen meiner Schluckprobleme länger.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Die Leute fragen mich, warum ich Dieses und Jenes nicht essen kann.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Andere finden mein Essproblem als störend.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ich muss husten, wenn ich versuche zu trinken.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Meine Schluckbeschwerden schränken mich im sozialen Umgang und im Privatleben ein.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ich kann jederzeit mit meinen Freunden, Nachbarn und Verwandten zum Essen ausgehen.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ich schränke die Nahrungsaufnahme wegen meiner Schluckbeschwerden ein.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Wegen meiner Schluckprobleme kann ich mein Gewicht nicht halten.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Ich habe wegen meiner Schluckprobleme ein niederes Selbstwertgefühl	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Es fühlt sich immer so an, als ob ich riesige Bissen verschlucke.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Wegen meiner Essgewohnheiten fühle ich mich ausgeschlossen.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5