

# MyoMot – Anamnese und Befund

Allgemein	Name: _____				
	<input type="checkbox"/> Erstbefund	<input type="checkbox"/> Kontrolle	Alter: _____	Datum: _____	
	<b>Grund der Vorstellung / Ärztliche Diagnose</b>				
<b>Auffälligkeiten aus Sicht der Eltern</b>					
Seit wann? _____					
Medizin	<b>Schwangerschaft</b>				
	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Unfälle	<input type="checkbox"/> Liegen/Ruhen	<input type="checkbox"/> Rauchen/Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikamente
		<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> psych. Belastungen	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes	
	Sonstiges: _____				
	<b>Geburt</b>				
	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Einleitung	<input type="checkbox"/> Lageanomalien	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Dauer:
	<input type="checkbox"/> PDA/Narkos	<input type="checkbox"/> Sektio	<input type="checkbox"/> Inkubator		
Schwangerschaftswoche: _____ Größe: _____ Gewicht: _____					
<b>Bisherige Erkrankungen</b>					
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Bronchitis/Lungenentzündung		Häufigkeit: _____		
	<input type="checkbox"/> Allergien:				
	<input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeit:				
Sonstiges: _____					
<b>Chronische Erkrankungen</b>					
Medikamente: _____					
<b>Unfälle / Krankenhausaufenthalte</b>					
<b>HNO-Bereich</b>					
<input type="checkbox"/> unauffällig	letzte Hörprüfung: _____	Röhrchen: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links:	wann: _____		
	Hörgeräte: _____				
<input type="checkbox"/> häufig Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/> häufig Paukenergüsse				
<input type="checkbox"/> häufig Infekte	<input type="checkbox"/> Stimmauffälligkeiten (heiser, laut, hoch, tief)				

## Symptomkomplex 1

Ernährung / orofazial	<b>Säuglingsernährung</b>				
	<input type="checkbox"/> gestillt	wie lange: _____	Dauer einer Mahlzeit: _____		
	<input type="checkbox"/> nein	warum nicht: _____	Wie oft am Tag gestillt? _____		
	Schwierigkeiten: _____				
	Flasche _____	Beikost _____			
	Saugertyp: _____	<input type="checkbox"/> Saugloch vergrößert?	Beginn: _____		
	Welche Mahlzeiten: Probleme beim Übergang: _____				
	<b>Aktuelle Ernährung</b>				
	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> kalt
		<input type="checkbox"/> kaut ungern	<input type="checkbox"/> isst schnell	<input type="checkbox"/> isst langsam	<input type="checkbox"/> mäkelig
	<input type="checkbox"/> würgt	<input type="checkbox"/> erbricht	<input type="checkbox"/> schluckt große Bissen runter		
<input type="checkbox"/> Flasche	Welche Mahlzeiten: _____				
Lieblingsessen: _____					
<b>Orale Habits</b>					
Säugling/Kleinkind					
<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Nuckel	<input type="checkbox"/> Sprechen mit Nuckel	wann: _____		
<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Lippenbeißen	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen	wie oft / wie lange: _____		
Sonstiges: _____					
<b>Aktuelle orale Habits:</b> _____					

Dysgnathien			
Gaumen:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> hoher spitzer Gaumen	<input type="checkbox"/> schmaler Gaumen
	<input type="checkbox"/> stark ausgeprägte Gaumenfalten		
Gaumensegel:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Verziehung der Raphe nach:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Kiefer:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Kreuzbiss	<input type="checkbox"/> Distalbiss/Rückbiss
	<input type="checkbox"/> Tiefbiss	<input type="checkbox"/> offener Biss	<input type="checkbox"/> Mesialbiss/Vorbiss
Zähne:	<input type="checkbox"/> Milchgebiss	<input type="checkbox"/> Wechselgebiss	<input type="checkbox"/> lückenhaft <input type="checkbox"/> Engstand
Zahnfleisch:	<input type="checkbox"/> gerötet/entzündet	<input type="checkbox"/> kariös	
Kieferorthopädisches Gerät: _____			
Artikulationsstörung		Sprachentwicklung:	
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Sigmatismus:	<input type="checkbox"/> interdentalis	<input type="checkbox"/> addentalis
<input type="checkbox"/> Schetismus	<input type="checkbox"/> Kappazismus	<input type="checkbox"/> Chetismus	<input type="checkbox"/> lateralis
Sonstiges: _____		erste Wörter: _____	
		Auffälligkeiten: _____	

offene Mundhaltung			
<b>Ruhebeobachtung</b>			
Gesicht:	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Wangentonus:	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hyperton	<input type="checkbox"/> hypoton
Mundschluss:	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> inkonstant	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Lippentonus:	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hyperton	<input type="checkbox"/> hypoton      M. mentalis <input type="checkbox"/> entspannt <input type="checkbox"/> hyperaktiv
	<input type="checkbox"/> Oberlippe symmetrisch/asymmetrisch		<input type="checkbox"/> Unterlippe symmetrisch/asymmetrisch
Lippenstruktur:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rau/trocken	<input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> verkürztes Lippenbändchen
	<input type="checkbox"/> rissig	<input type="checkbox"/> entzündet	<input type="checkbox"/> Rhagaden
Speichelfluss:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> stark      Anzahl der Lätzchen pro Tag: _____
Eigenwahrnehmung zum Speichel:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
<b>Durchführung Lippen</b>	+	~	-
Lippen spitzen			
Lippen breit ziehen			
breit/spitz im Wechsel			
Wangen aufblasen			
Wangen einziehen			
OL über UL			
UL über OL			
<b>Atmung</b>			
<input type="checkbox"/> unauffällig			
Atemweg:	<input type="checkbox"/> Nasenatmung	<input type="checkbox"/> Mundatmung	<input type="checkbox"/> wechselnd
Mund geschlossen:	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts	
Mund geöffnet:	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts	
<input type="checkbox"/> Schnarchen			
Atemtyp:	<input type="checkbox"/> costo-abdominal	<input type="checkbox"/> thorakal-clavicular	<input type="checkbox"/> wechselnd
Zungenfehlfunktionen			
<b>Ruhebeobachtung</b>			
ZRL:	<input type="checkbox"/> physiologisch	<input type="checkbox"/> rückverlagert:	<input type="checkbox"/> Protrusion <input type="checkbox"/> interdental <input type="checkbox"/> addental
Zungentonus:	<input type="checkbox"/> euton	<input type="checkbox"/> hyperton	<input type="checkbox"/> hypoton <input type="checkbox"/> Hyperkinesen
<input type="checkbox"/> Eindrücke der Zähne an den Rändern	<input type="checkbox"/> verkürztes Zungenbändchen		<input type="checkbox"/> posterior <input type="checkbox"/> anterior
Strukturveränderungen: _____			
<b>Durchführung Zunge</b>	+	~	-
rausstrecken und halten			
Zungenkompass			
Wangenbohrer			
Zungensegel			
Schnalzen			
Ei im Nest			
<b>Beobachtungen bei der Durchführung</b>			
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Kiefermitbewegungen:	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach
<b>Stereognose</b>			
<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Schlucküberprüfung			
Speichel	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Zungenprotrusion	<input type="checkbox"/> offener Mund
Flüssigkeit:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Zungenprotrusion	<input type="checkbox"/> offener Mund <input type="checkbox"/> Anspannung m. mentalis
beim Essen:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Zungenprotrusion	<input type="checkbox"/> offener Mund <input type="checkbox"/> Anspannung m. mentalis
	<input type="checkbox"/> Abbeißen seitliche	<input type="checkbox"/> Abbeißen frontal	

Weitere Beobachtungen:

## Symptomkomplex 2

Motorik	<b>Motorische Entwicklung</b>
	Bauchlage als Säugling:: <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nicht gemocht <input type="checkbox"/> Lieblingsseite: _____ <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Physiotherapie
	Drehen (6. LM): _____ Sitzen (9. LM): _____ Kriechen (7. LM): _____ Krabbeln (10. LM): _____ Laufen (12. LM): _____ Gesamtkörpertonus: <input type="checkbox"/> euton <input type="checkbox"/> hyperton <input type="checkbox"/> hypoton <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> bewegungsfreudig <input type="checkbox"/> ungeschickt/tollpatschig <input type="checkbox"/> häufiges Stolpern <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> mutig <input type="checkbox"/> ist ständig in Bewegung <input type="checkbox"/> Angst vor Schaukel/Karussell <input type="checkbox"/> Treppensteigen im Wechselschritt/Nachstellschritt <input type="checkbox"/> Zehenspitzenengang <input type="checkbox"/> Laufrad/Roller/Dreirad/Fahrrad <input type="checkbox"/> kann Schwimmen
<b>Händigkeit</b>	
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> noch nicht ausgeprägt	
<b>Feinmotorik</b>	
<input type="checkbox"/> geschickt <input type="checkbox"/> ungeschickt <input type="checkbox"/> basteln/malen: <input type="checkbox"/> gern <input type="checkbox"/> ungern <input type="checkbox"/> kann schneiden <input type="checkbox"/> kann puzzeln	

<b>Reflexe - Restreaktionen</b> ○○○	<b>Taktile Wahrnehmung</b> ○○○																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 30%;">integriert</th> <th style="width: 50%;">Restreaktionen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Moro-Reflex</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saug-Such-Reflex</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Palmar Reflex</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Plantar Reflex</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TLR vorwärts</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TLR rückwärts</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ATNR</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Spinaler Galant-Reflex</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>STNR</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		integriert	Restreaktionen	Moro-Reflex			Saug-Such-Reflex			Palmar Reflex			Plantar Reflex			TLR vorwärts			TLR rückwärts			ATNR			Spinaler Galant-Reflex			STNR			<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> überempfindlich <input type="checkbox"/> unterempfindlich <b>Tastlokalisation</b> <input type="checkbox"/> genau <input type="checkbox"/> ungenau <b>Hautzeichnung auf dem Rücken (Punkt, Strich, Dreieck, Kreis, Viereck)</b> <input type="checkbox"/> genau <input type="checkbox"/> ungenau <b>haptische Formwahrnehmung</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> <input type="checkbox"/> genau <input type="checkbox"/> ungenau
	integriert	Restreaktionen																													
Moro-Reflex																															
Saug-Such-Reflex																															
Palmar Reflex																															
Plantar Reflex																															
TLR vorwärts																															
TLR rückwärts																															
ATNR																															
Spinaler Galant-Reflex																															
STNR																															

<b>Reflexe - Tonusregulation</b> ○○○	<b>Gleichgewicht - Bewegung</b> ○○○
<b>Tonus in der Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> euton <input type="checkbox"/> hyperton <input type="checkbox"/> hypoton <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> Schultern oben  <b>Rumpf</b> <input type="checkbox"/> Rundrücken <input type="checkbox"/> Hohlkreuz <input type="checkbox"/> Skoliose  <b>Rumpfaufrichtung</b> <input type="checkbox"/> in Ruhe vorhanden <input type="checkbox"/> nach Aufforderung mgl.  <b>Rumpfstabilität/Felsenhaltung</b> <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> nicht möglich	<b>Durchführung</b> Zehenspitzenengang: <input type="checkbox"/> mgl. <input type="checkbox"/> Tonuserhöhung <input type="checkbox"/> Mitbewegungen Fersengang: <input type="checkbox"/> mgl. <input type="checkbox"/> Tonuserhöhung <input type="checkbox"/> Mitbewegungen Wechselschritt: <input type="checkbox"/> mgl. <input type="checkbox"/> Tonuserhöhung <input type="checkbox"/> Mitbewegungen  <b>Balancieren</b> <input type="checkbox"/> vorwärts/rückwärts möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> vestibulär unsicher <input type="checkbox"/> Mitbewegungen <input type="checkbox"/> häufiges Kippen <input type="checkbox"/> Tonuserhöhung  <b>Einbeinstand nach Schräger</b> <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nicht möglich Sek.: _____ <i>2 Jahre: 3 Sek. / 3,6-4 Jahre: 8 Sek. / 6 Jahre: 10 Sek. / 8 Jahre: 30 Sek.</i>  <b>Hüpfen (monopodal)</b> <input type="checkbox"/> rechts/links möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> vestibulär unsicher <input type="checkbox"/> Mitbewegungen <input type="checkbox"/> häufiges Kippen <input type="checkbox"/> Tonuserhöhung

<b>Halte- und Stellreaktionen (Rollen, Kriechen, Krabbeln, parachute Abstützreaktionen, Paket, Flugzeug)</b>	
<b>Rollen:</b> <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> en Block <b>Kriechen:</b> <input type="checkbox"/> reziprok <input type="checkbox"/> homolateral <b>dominant:</b> <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Unterkörper <b>Krabbeln:</b> <input type="checkbox"/> reziprok <input type="checkbox"/> homolateral <input type="checkbox"/> Hände gefaustet <input type="checkbox"/> Füße angehoben	<b>Parachute Abstützreaktionen:</b> <b>seitlich:</b> <input type="checkbox"/> beidseitig vorhanden nur: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> keine <b>frontal:</b> <input type="checkbox"/> Handstütz vorhanden <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> keine <b>Paket:</b> <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nicht möglich <b>Flugzeug:</b> <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nicht möglich

<b>Feinmotorik</b> ○○○	
<b>Finger-Daumen Opposition</b> <input type="checkbox"/> rechts/links möglich <input type="checkbox"/> beidhändig möglich <input type="checkbox"/> unflüssig <input type="checkbox"/> gestörte Reihenfolge <input type="checkbox"/> Mitbewegungen  Babkin-Reaktion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>„Papiertest“:</b> 1. Papier zerreißen <span style="float: right;">2. Papierkügelchen formen</span> 3. Papierkügelchen glattstreichen <span style="float: right;">4. Schraubglas öffnen</span>  <input type="checkbox"/> Pinzettengriff <input type="checkbox"/> Zangengriff <b>radiales Greifen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Babkin-Reaktion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Kraftdosierung:</b> <input type="checkbox"/> euton <input type="checkbox"/> hyperton <input type="checkbox"/> hypoton

<b>Konzentration</b> ○○○
<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> schnell abgelenkt

<b>Sonstige Beobachtungen:</b>
--------------------------------