

Arbeitsgruppe DYSPHAGIE

Fragebogen

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und uns diese zur Bearbeitung per E-Mail oder Fax zurückzusenden.

Bitte senden an:

Logopädische Praxis Monika Julius

moni.julius@t-online.de

oder

Logopädische Praxis Dr. Regina Zscherpe:

Fax: 0381 7680373

Persönliche Daten

Name:

--

Dienstliche Anschrift:

--

Beruf:

--

Telefon:

--

E-Mail:

--

Fax:

--

1. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Kontaktdaten hinsichtlich Name, Anschrift und Telefon auf dem geplanten Informationsblatt für schluckgestörte Patienten als Kontakt- bzw. Beratungsstelle aufgelistet werden?

ja

nein

2. Betreuen Sie schluckgestörte Patienten oder wollen Sie diese betreuen?

ja

nein

3. Führen Sie Trachealkanülenwechsel durch?

ja

nein

4. Diagnostizieren Sie Schluckstörungen? Wenn ja, welche Verfahren?

ja nein

Welche?

5. Führen Sie die funktionelle Diagnostik und Therapie durch? Wenn ja, welche?

ja nein

Welche?

6. Beraten Sie schluckgestörte Patienten in Ernährungsfragen? Wenn ja, in welcher Form?

ja nein

In welcher Form?

7. Sehen Sie derzeit Probleme in der Versorgung von schluckgestörten Patienten?
Wenn ja, welche?

ja nein

Welche?

8. Welche Leistungen bieten Sie Patienten mit Schluckstörungen an?

- keine
- Therapeutische Leistungen

Welche?

- Diagnostische Leistungen

Welche?

9. Sind Sie an einer weiteren Zusammenarbeit interessiert?

- ja
- nein

10. Möchten Sie in der Arbeitsgruppe –Dysphagie- mitarbeiten?

- ja
- nein