



# Nordic Orofacial Test - Screening

## NOT-S



NOT-S wurde entwickelt von Merete Bakke, Kopenhagen; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping; Lotta Sjögren, Göteborg; und Pamela Åsten, Oslo; mit Unterstützung der Nordic Association for Disability and Oral Health, NFH.

**Dieser Untersuchungsbogen kann unter [www.mun-h-center.se](http://www.mun-h-center.se) heruntergeladen werden. Er wird mit einer bebilderten Anleitung verwendet, die über den web-shop von Mun-H-Center oder per Telefon +46 31 750 92 00 bezogen werden.**

# Nordic Orofacial Test **NOT-S** – screening (ab 3 Jahre)

**NOT-S wird verwendet wenn ein Patient Schwierigkeiten beim Sprechen, Kauen oder Schlucken hat.**

Der Anamneseabschnitt wird als strukturiertes Interview durchgeführt. Der Untersucher stellt eine Frage, erklärt und stellt falls notwendig weitere Fragen, interpretiert die Antwort und füllt den Untersuchungsbogen aus.

Das NOT-S interview enthält sechs Abschnitte: sensorische Funktion, Atmung, Gewohnheiten, Kauen und Schlucken, Speichelaustritt und Mundtrockenheit (I–VI).

Die NOT-S Untersuchung umfasst sechs Bereiche: Gesicht in Ruhe, Nasenatmung, Gesichtsausdruck, Kaumuskel- und Kieferfunktion, orale motorische Funktion und Sprache (1–6).

Während der Untersuchung ist die bebilderte Anleitung zu verwenden.

Land    DK            IS            NO            SE            SF            Andere  
                                                                        \_\_\_\_\_

Untersucher    Sprach-    Zahnarzt    Arzt    Physio-    Andere  
                           therapeut  
                                                            \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung    |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
                                           y    y    y    y    m    m    d    d

Geburtstag	__   __   __   __   __   __   __   __  y    y    y    y    m    m    d    d	♂ <input type="checkbox"/>	♀ <input type="checkbox"/>
Name/ID	_____		

Medizinische Hauptdiagnose  
 (bitte nur **eine** angeben) \_\_\_\_\_

Diagnosecode \_\_\_\_\_

Untersuchung                     sitzend  
                                            liegend

Kopfhaltung                     aufrecht sitzend  
                                            andere

Antworten mit Hilfe einer anderen Person                   

<u>Screeningcode</u>  Die NOT-S Gesamtpunkteskala kann von 0 bis 12 reichen	<b>X = Ja</b> <b>0 = Nein</b> <b>– = Nicht untersucht</b>	<b>Wenn eine oder mehrere X Antworten in einem Abschnitt sind, füllen Sie bitte einen Punktwert von 1 in die sich am weitesten rechts befindliche Box.</b>
<b>NOT-S</b>		<b>Gesamtpunktwert</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

# NOT-S interview

S  
C  
O  
R  
E

<b>I</b>	<b>Sensorische Funktion</b>	<p>A. Löst Zähneputzen bei Ihnen einen Würgereflex aus? Tritt das fast immer ein? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Offensichtliches Unwohlsein wie Übelkeit, Erbrechen oder Verweigerung? (erhöhte Empfindlichkeit)</i></p> <p>B. Nehmen Sie so viel Essen in den Mund dass es schwierig zu kauen wird? Geschieht das jeden Tag? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Weiss nicht wenn der Mund voll ist (reduzierte Empfindlichkeit).</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>Atmung</b>	<p>A. Benutzen Sie eine Atemhilfe? <i>Beschreibung: CPAP, Atemgerät, Sauerstoff, andere.</i> <input type="checkbox"/></p> <p>B. Schnarchen Sie sehr wenn Sie schlafen? Geschieht das fast jede Nacht? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Schnarchen oder Apnoe. Betrifft nicht Symptome von Asthma oder Allergien.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>Gewohnheiten</b>	<p>A. Kauen Sie täglich an Ihren Fingernägeln oder lutschen Sie an Ihren Fingern oder anderen Gegenständen? <i>Beschreibung: Gebrauch eines Schnullers oder Fingerlutschen wird nicht bewertet unter 5 Jahren.</i> <input type="checkbox"/></p> <p>B. Saugen oder beißen Sie täglich an Ihren Lippen, Ihrer Zunge oder Ihren Wangen? <input type="checkbox"/></p> <p>C. Beißen Sie während des Tages Ihre Zähne fest zusammen oder knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen? <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>Kauen und Schlucken</b>	<p>A. Isst nicht mit dem Mund (<i>Nasensonde, Gastrotomie oder andere</i>) Überspringen Sie bitte die Fragen B-E. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Haben Sie Schwierigkeiten Nahrung mit einer bestimmten Konsistenz zu essen? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Allergien und spezielle Diäten wie beispielsweise Vegetarier, Veganer und Glutenfrei werden nicht berücksichtigt.</i></p> <p>C. Brauchen Sie 30 Minuten oder länger für eine Hauptmahlzeit? <input type="checkbox"/></p> <p>D. Schlucken Sie grosse Bissen ohne zu Kauen? <input type="checkbox"/></p> <p>E. Verschlucken Sie sich häufig während der Mahlzeiten? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Es geschieht fast bei jeder Mahlzeit.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>V</b>	<b>Speichelaustritt</b>	<p>A. Haben Sie fast jeden Tag Speichel im Mundwinkel oder auf dem Kinn? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Muss den Mund abwischen. Trifft nicht für den Schlaf zu.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>Mundtrockenheit</b>	<p>A. Müssen Sie etwas trinken um einen Keks essen zu können? <input type="checkbox"/></p> <p>B. Haben Sie einen wunden Mund oder eine wunde Zunge? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Beschreibung: Wiederholte Schmerzen oder ein brennendes Gefühl mindestens einmal in der Woche. Betrifft nicht Zahnschmerzen oder Blasen (oder blasenähnliche Läsionen) im Mund.</i></p>	<input type="checkbox"/>

<b>Name/ID:</b>	<b>NOT-S interview</b>	<b>Gesamtpunktwert</b>	<input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------	------------------------	--------------------------

