



# 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.



# 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"/>
-----------------	------------------------	------------------------	--------------------------

## NOT-S Untersuchung

<b>1</b>	<b>Gesicht in Ruhe</b>	Beobachten Sie bitte das Bild für eine Minute. Beginnen Sie jetzt.	
	Bild 1	Beobachtung für eine Minute. Beurteilen Sie A-D.	
		A. Asymmetrie	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:	Betrifft sowohl die Knochen als auch die Weichgewebe.	
		B. Abweichende Lippenposition	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:	Offener Mund oder andere Abweichungen für mehr als 2/3 der Zeit.	
		C. Abweichende Zungenposition	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:	Zungenspitze zwischen den Zähnen sichtbar für mehr als 2/3 der Zeit.	
		D. Unwillkürliche Bewegungen	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:	Wiederholte unwillkürliche Bewegungen im Gesicht.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<b>Nasenatmung</b>		
	Bild 2	A. Schliessen Sie bitte Ihren Mund und atmen Sie 5 mal tief durch die Nase (riechen).	
	Bewertung:	Ist nicht fähig 5 Atemzüge durch die Nase zu machen.	
		Wenn der Patient nicht die Lippen schliessen kann, können Patient oder Untersucher mit den Fingern helfen die Lippen zu schliessen. Nicht beurteilen, wenn der Patient erkältet ist.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>Gesichtsausdruck</b>		
	Bild 3	A. Schliessen Sie bitte fest die Augen.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Die Gesichtsmuskeln sind nicht streng symmetrisch aktiviert.	
	Bild 4	B. Zeigen Sie bitte die Zähne.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Die Lippen und Gesichtsmuskeln sind nicht symmetrisch aktiviert, so dass die Zähne leicht sichtbar werden.	
	Bild 5	C. Versuchen Sie bitte zu pfeifen (blasen).	<input type="checkbox"/>
	Beurteilung:	Kann keinen Schmollmund machen und die Lippen symmetrisch runden.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Kaumuskel und Kieferfunktion</b>		
	Bild 6	A. Beißen Sie bitte kräftig auf Ihre Backenzähne	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Es kann keine deutlich symmetrische Aktivität beobachtet werden, wenn zwei Finger auf die Kiefermuskeln gehalten werden.	
	Bild 7	B. Öffnen Sie bitte den Mund so weit Sie können	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Kann den Mund nicht soweit öffnen, dass Zeige- und Mittelfinger der linken Hand des Patienten Platz fänden. Wenn die Schneidezähne fehlen, benutzen Sie die Breite von drei Fingern (Zeige-, Mittel- und Ringfinger).	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Orale Bewegungsfunktionen</b>		
	Bild 8	A. Strecken Sie bitte die Zunge heraus soweit Sie können.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Kann die Zunge nicht weiter als zum Rand des Lippenrots herausstrecken.	
	Bild 9	B. Lecken Sie bitte Ihre Lippen.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Kann nicht mit der Zungenspitze die Lippen befeuchten und kann nicht die Mundwinkel erreichen.	
	Bild 10	C. Blasen Sie bitte Ihre Wangen auf und halten Sie die Luft für mindestens 3 Sekunden.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Kann nicht die Wangen aufblasen, ohne dass Luft entweicht oder ein Geräusch entsteht.	
	Bild 11	D. Öffnen Sie bitte weit Ihren Mund und sagen Sie „ah, ah, ah“ [a].	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Es kann keine deutliche Anhebung der Uvula und des weichen Gaumens beobachtet werden.	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<b>Sprechen</b>		
	Bild 12	A. Spricht nicht. Aufgabe B-C überspringen.	<input type="checkbox"/>
		B. Zählen Sie bitte laut bis zehn.	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Die Sprache ist unklar mit einem oder mehreren unbestimmten Lauten oder ungewöhnlich nasal. Bei einem Alter von unter 5 Jahren werden R, S und SCH Laute von der Bewertung ausgeschlossen.	
	Bild 13	C. Sagen Sie bitte "pataka-pataka-pataka".	<input type="checkbox"/>
	Bewertung:	Nicht zu beurteilen bei Kindern unter 5 Jahren.	<input type="checkbox"/>
<b>Name/ID:</b>		<b>NOT-S Untersuchung</b>	<b>Gesamtpunktwert</b> <input type="checkbox"/>