

ZB-TOOL Baby, Hinweise auf eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit

© 2022-02 Márta Guóth-Gumberger, Daniela Karall (vor/nach Frenotomie schwarz/rot markieren, Zutreffendes unterstreichen, individuelle Entscheid.), www.stillunterstuetzung.de

Name:	Datum:	
STILLEN	Hinw	OK
sehr selten/sehr häufig (x/Tag ein/beidseitig)	Ja	Nein
Abstillen zu früh (mit Wo)	Ja	Nein
Andocken schwierig/Ran-weg-Verhalten	Ja	Nein
Aufstülpen Unterlippe/Oberlippe	Nein	Ja
Ausdauer fehlt/gegen Ende schlechter saugend	Ja	Nein
Brustverweigerung	Ja	Nein
Erfassen Brust effektiv/Mund weit auf	Nein	Ja
Herausziehen der Brust leicht	Ja	Nein
Hütchen	Ja	Nein
Kiefer(gelenks)/bewegung stark/beißend	Ja	Nein
Milchtransferzeichen, Brust wird weicher	Nein	Ja
Länge Stillmahlzeit sehr kurz/sehr lang (Min)	Ja	Nein
Saugen rhythmisch/Schlucken/Atmen koordiniert	Nein	Ja
Schläft häufig beim Stillen ein/ermüdet	Ja	Nein
Schnalzt ständig/oft/selten/bei Milchspendereflex	Ja	Nein
Schwitzen beim Stillen	Ja	Nein
Stress beim Stillen/Kampf ums Stillen	Ja	Nein
Temporalisbewegung/Bewegung der Ohren	Nein	Ja
Verschluckt sich/angestregtes Schlucken	Ja	Nein
Verliert Milch im Mundwinkel	Ja	Nein
Wangengrübchen/Falte im Mundwinkel	Ja	Nein
BRUST	Hinw	OK
Blutige Mamillen	Ja	Nein
Gequetschte Mamillen/Lippenstiftform	Ja	Nein
Schmerzende Mamillen/Risse symmetrisch	Ja	Nein
Wunde Mamillen nach Geburt für Wo	Ja	Nein
Soor	Ja	Nein
Stau/Mastitis/Abszess	Ja	Nein
Vasospasmus	Ja	Nein
GEWICHTSVERLAUF	Hinw	OK
Abnahme nach Geburt zu viel (- %)	Ja	Nein
Kreuzen (der Perzentile) nach oben	Nein	Ja
Kreuzen nach unten ab Geburt	Ja	Nein
Kreuzen nach unten ab Wochen	Ja	Nein
Perzentilenparallel	Nein	Ja
Perzentilenparallel, aber Zufütterung	Ja	Nein
MILCHBILDUNG	Hinw	OK
Herunterreguliert	Ja	Nein
Pumpen erforderlich für Aufbau/Erhalten	Ja	Nein
Schnell, reichlich nach Geburt	Nein	Ja
Spät, eher wenig nach Geburt	Ja	Nein
ZUFÜTTERUNG	Hinw	OK
BES (Brusternährungsset) erforderlich	Ja	Nein
Flasche erforderlich	Ja	Nein
100% Muttermilch per Flasche/BES	Ja	Nein
Zufütterungsmenge Muttermilch		ml/d
Zufütterungsmenge künstliche Nahrung		ml/d
FLASCHE	Hinw	OK
Dauer Mahlzeit sehr kurz/sehr lang (Min)	Ja	Nein
Herausziehen der Flasche leicht	Ja	Nein
Schlucken angestrengt	Ja	Nein
Schnuller oft verloren/leicht herauszuziehen	Ja	Nein
Trinken angemessen/ausdauernd	Nein	Ja
Trinken unruhig/wird zum Kampf	Ja	Nein
Verliert Milch im Mundwinkel	Ja	Nein
Verschluckt sich an der Flasche	Ja	Nein
Flaschensauger Typ:		
ESSEN	Hinw	OK
Altersgemäßes Essverhalten	Nein	Ja
Drängen zum Essen/Essen wird zum Kampf	Ja	Nein
Pürrieren immer erforderlich	Ja	Nein
Sorgen wegen Essverhalten	Ja	Nein
Verliert Nahrung aus dem Mund	Ja	Nein
Verschluckt sich beim Essen	Ja	Nein
Verweigert bestimmtes Essen/Lebensmittel	Ja	Nein
Winzige Mengen	Ja	Nein

Würgen beim Essen/Erbrechen	Ja	Nein
VERHALTENSWEISEN	Hinw	OK
Beruhigen schwer/Eltern besorgt	Ja	Nein
Hunger vom Baby gezeigt	Nein	Ja
Interessiert, lebhaft, meist zufrieden	Nein	Ja
Weint viel/häufig quengelig	Ja	Nein
Zurückgezogen, pflegeleicht	Ja	Nein
ZUNGE	Hinw	OK
Ansatz ZB an Kieferleiste/am Mundboden vorne	Ja	Nein
Asymmetrische Zungenbewegungen	Ja	Nein
Aufspannen ZB möglich mit Fingern/Spatel	Ja	Nein
Belag auf dem Zungenblatt hinten, vorne rosa	Ja	Nein
Bewegungen der Zunge viel/leicht/flüssig	Nein	Ja
Druckstellen weiß an Gaumen/Kieferleiste(n)	Ja	Nein
Gaumen etwas hoch/sehr hoch/eng	Ja	Nein
Grübchen der Zunge minimal/ausgeprägt/tief	Ja	Nein
Herausstrecken über Unterlippe (spitz/dick)	Nein	Ja
Kerbe/Herzform wenn angehoben minimal/stark	Ja	Nein
Kinn zurückverlagert/Kinngrübchen/Querfalte	Ja	Nein
Längsrille Z-oberfläche/unterfläche/Zeltform	Ja	Nein
Lateralisation möglich/leicht möglich	Nein	Ja
Lippenband bis Zahnleiste innen/Lippe eingezog.	Ja	Nein
Lippe nach oben schieben leicht möglich	Nein	Ja
Milch fließt aus Nase	Ja	Nein
Mundschluss tags/im Schlaf	Nein	Ja
Oberlippentonus schwach	Ja	Nein
Platz unter der Zunge reichlich/tief	Nein	Ja
Rutschbahnform/Buckel vorne/in der Mitte	Ja	Nein
Saugbläschen Ober-/Unterlippe, zwei Texturen	Ja	Nein
Saugen am Finger rhythm./Zunge umfasst Finger	Nein	Ja
Schwimmreifen des Zungenrandes	Ja	Nein
Spiele der Zunge außerhalb des Mundes	Nein	Ja
Ungewöhnliche Z-Formen/Doppelwelle/Trapezf.	Ja	Nein
Weinen: Mund weit offen	Nein	Ja
Weinen: Z klebt unten/wie Tablett/unbeweglich	Ja	Nein
Weinen: Rand wenig angehoben, Z-Mitte unten	Ja	Nein
Widerstand unter Zunge, starke Spannung fühlbar	Ja	Nein
Zahnleiste flachgedrückt/schräg/scharfe Kante	Ja	Nein
Zittern von Kinn oder Zunge	Ja	Nein
Zungenband dick/fleischig/Eiffelturmform	Ja	Nein
Zungenruhelage am Gaumen	Nein	Ja
Zunge beim Saugen hinter Zahnleiste	Ja	Nein
Zunge oft zwischen Zahnleisten/Lippen	Ja	Nein
WEITERE HINWEISE	Hinw	OK
Aufstoßen häufig/lange	Ja	Nein
Ausscheidungen zu spät, zu wenig	Ja	Nein
Asymmetrie der Kopfhaltung/Torticollis	Ja	Nein
Blähungen/Bauchweh/viel Luftschlucken	Ja	Nein
Gelbsucht/behandlungsbedürftige Gelbsucht	Ja	Nein
Hypotonie/Hypertonie	Ja	Nein
Lautieren/Sprechen altersgemäß	Nein	Ja
Mittelohrentzündung(en)	Ja	Nein
Osteopathie/Craniosacral-/ Physiotherapie (x)	Ja	Nein
Reflux/Kolik/scheint in Schmerzen	Ja	Nein
Speichelt viel/sabbert früh/verschluckt sich daran	Ja	Nein
Schluckauf in Schwangerschaft/jetzt	Ja	Nein
Schnarchen/röchelndes Geräusch im Schlaf	Ja	Nein
Spuckt viel	Ja	Nein
Würgereiz leicht/weit vorne auslösbar	Ja	Nein
Zungenübungen durchgeführt	Ja	Nein
EINSCHÄTZUNG DES ZUNGENBAND ES		
Anteriores ZB	Ja	Nein
Posteriores ZB, sichtbar	Ja	Nein
Posteriores ZB, nicht sichtb., nur m. Aufspannen	Ja	Nein
Screeningbogen ATLFF, Punkte Funkt./Ersch.		
Zu kurzes ZB in Familie (wer:)	Ja	Nein
Zungenbeweglichkeit eingeschränkt	Ja	Nein
Empfehlung: Vorstellung bei BehandlerIn	Ja	Nein