

## ANMELDEFORMULAR GERUCHSREHABILITATION für Logopäden

### Allgemein

Name:

Geburtsdatum:

Status nach Behandlung:

Datum:

Datum:

Datum:

Datum des Behandlungsbeginns:

Datum Ende der Behandlung:

Logopäde:

### Präoperativ

Geruchssinn während des präoperativen Gesprächs beachtet:

Geruchssinn ist:

Wichtig für den Patienten

Nicht unwichtig für den Patienten

Nicht wichtig für den Patienten

Persönliche Bestimmung des **Geruchssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles riechen

Mittel: Konnte nicht so gut riechen wie andere, aber ausreichend

Schlecht: Konnte nichts oder nur sehr wenig riechen, aufgrund von ...

Note des Geruchssinns: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Persönliche Bestimmung des **Geschmackssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles sehr gut schmecken

Mittel: Konnte nicht immer alles schmecken bzw. nicht so gut wie andere

Schlecht: Konnte fast nichts mehr schmecken

Geschmacksnote: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Durchgeführter Geruchstest:

Name des Tests:

Datum der Durchführung:

Punktzahl:

## Post-operativ

Persönliche Bestimmung des **Geruchssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles riechen

Mittel: Konnte nicht so gut riechen wie andere, aber ausreichend

Schlecht: Konnte nichts oder nur sehr wenig riechen, aufgrund von ...

Note des Geruchssinns: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Persönliche Bestimmung des **Geschmackssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles sehr gut schmecken

Mittel: Konnte nicht immer alles schmecken bzw. nicht so gut wie andere

Schlecht: Konnte fast nichts mehr schmecken

Geschmacksnote: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Durchgeführter Geruchstest:

Name des Tests:

Datum der Durchführung:

Punktzahl:

Persönliche Methode des Geruchssinns:

Nein, der Patient hat nicht versucht, Gerüche zu riechen

Ja, nämlich ...

## Bewertung der Behandlung:

Persönliche Bestimmung des **Geruchssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles riechen

Mittel: Konnte nicht so gut riechen wie andere, aber ausreichend

Schlecht: Konnte nichts oder nur sehr wenig riechen, aufgrund von ...

Note des Geruchssinns: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Persönliche Bestimmung des **Geschmackssinns** des Patienten vor der totalen Laryngektomie:

Gut: Konnte immer alles sehr gut schmecken.

Mittel: Konnte nicht immer alles schmecken bzw. nicht so gut wie andere

Schlecht: Konnte fast nichts mehr schmecken

Geschmacksnote: (sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Durchgeführter Geruchstest:

Name des Tests:

Datum der Durchführung:

Punktzahl:

Datum der Beendigung der Behandlung: