



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT) – Deutsche Version

Verwendungszweck: Das Pädiatrische Essensbewertungsinstrument (PediEAT) dient der Beurteilung von beobachtbaren Symptomen einer problematischen Ernährung bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 7 Jahren, denen einige feste Nahrungsmittel angeboten werden. Das PediEAT sollte von einer Betreuungsperson ausgefüllt werden, die mit dem typischen Essverhalten des Kindes vertraut ist. Dies ist in den meisten Fällen ein Elternteil, kann aber auch eine andere Hauptbezugsperson sein.

Offenlegung: Der PediEAT ersetzt nicht die klinische Beurteilung durch eine medizinische Fachperson. Das PediEAT ist auch nicht dazu gedacht, eine Diagnose zu stellen, sondern kann der medizinischen Fachperson eine objektive Bewertung der Essgewohnheiten des Kindes liefern, um Diagnose- und Behandlungsentscheidungen zu erleichtern.

Informationen zur Referenzierung:

Bitte geben Sie die Autoren in angemessener Weise an, wenn Sie das Pädiatrische Essensbewertungsinstrument (PediEAT) präsentieren, veröffentlichen oder anderweitig darauf verweisen.

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., Hodges, E., McComish, C., Van Riper, M., and Murdoch, K. (2014). Development and content validation of the Pediatric Eating Assessment Tool (Pedi-EAT). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 1-14. doi: 10.1044/1058-0360(2013/120069)

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., McComish, C., Hodges, E. (2018). The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(2), 299-305. doi: 10.1097/MPG.0000000000001765 PMID: 28953526

Pados, B.F., Thoyre, S.M., & Park, J. (2018). Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. *Pediatric Research*, 84(2), 233-239. doi: 10.1038/s41390-018-0067-z

Übersetzungsinformation: Die Übersetzung des PediEAT ins Deutsche erfolgte unter der Leitung von Nicole Kaufmann.

Fragen und/oder Bedenken bezüglich des PediEAT - Deutsche Version sollten an N. Kaufmann gerichtet werden.

Nutzungsbedingungen für dieses Assessment-Tool

Mit der Nutzung dieses Bewertungsinstruments erklären Sie sich mit diesen Nutzungsbedingungen einverstanden.

Dieses Beurteilungsinstrument ist urheberrechtlich geschützt. Ihr Recht zur Nutzung dieses Beurteilungsinstruments beschränkt sich auf das Recht, das Instrument für Ihren persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch in Übereinstimmung mit den nachstehenden Bedingungen zu nutzen.

- Ich erkenne an und stimme zu, dass ich dieses Bewertungsinstrument nicht vervielfältigen, veröffentlichen, weitergeben, vertreiben oder verkaufen darf, ohne zuvor die schriftliche Genehmigung der Autoren einzuholen und eine entsprechende Lizenzvereinbarung mit dem/den Autor(en) des Instruments abzuschließen.
- Ich verpflichte mich, in meinen eigenen Präsentationen, Veröffentlichungen oder anderen Arbeiten, die ich unter Verwendung des Instruments erstelle, auf das Bewertungsinstrument unter seinem korrekten Namen zu verweisen und die jeweiligen Autoren des Instruments zu nennen. Die Referenzinformationen sind auf der Titelseite des Bewertungsinstruments zu finden.
- Ich erkenne an und stimme zu, dass ich das Bewertungstool in keiner Weise verändern oder von dem Bewertungstool abgeleitete Arbeiten erstellen darf, einschließlich der Übersetzung des Instruments in andere Sprachen, ohne die vorherige schriftliche Genehmigung der Autoren.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, das Bewertungsinstrument ausschließlich bestimmungsgemäß zu verwenden (wie auf der Titelseite des jeweiligen Bewertungsinstruments angegeben).
- Ich erkenne an und stimme zu, dass dieses Beurteilungsinstrument nicht als medizinischer Rat und/oder als Diagnoseinstrument gedacht ist oder verwendet werden sollte und dass es nicht die Beurteilung oder Behandlung durch eine medizinische Fachperson ersetzt.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Bewertungsinstrument in der vorliegenden Form zur Verfügung gestellt wird und dass weder die Autoren des Instruments noch ihre institutionellen oder geschäftlichen Partner eine Garantie in Bezug auf das Instrument übernehmen.
- Ich erkenne an und stimme zu, dass weder die Autoren des Instruments noch ihre institutionellen oder geschäftlichen Partner eine Haftung in Bezug auf das Tool oder die Nutzung des Instruments übernehmen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf DIREKTE, INDIREKTE, SPEZIELLE, ZUFÄLLIGE FOLGESCHÄDEN oder ANDERE SCHÄDEN.
- Ich verzichte hiermit und erkläre mich damit einverstanden, die Autoren des Instruments, ihre institutionellen und geschäftlichen Verbindungen von allen Ansprüchen, Haftungen und Schäden jeglicher Art freizustellen, die sich aus meiner Nutzung des Instruments ergeben.



PEDIATRIC EATING ASSESSMENT TOOL (PediEAT) - German Version

Anleitung: Wir sind am Essverhalten Ihres Kindes interessiert. Nicht jede Frage mag für Ihr Kind relevant sein. Beim Ausfüllen dieses Fragebogens, überlegen Sie bitte, was für Ihr Kind zum jetzigen Zeitpunkt am besten zutrifft.

Physiologische Symptome

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

	0	1	2	3	4	5	
Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
1. bekommt beim Essen «wässrige» Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. wird beim Essen rot um die Augen oder im Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. hustet während oder nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. hört sich während oder nach dem Essen brodelnd/nass/«gurgelig» an, als ob sie/er husten oder sich räuspern müsste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. klingt anders während oder nach einer Mahlzeit (z.B. Stimme wird heiser, höher oder still)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. verschluckt sich oder hustet beim Trinken von Wasser oder dünner Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. bewegt ihren/seinen Kopf beim Schlucken hinab zum Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. kommen Speisen oder Flüssigkeit aus der Nase beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. wird während einer Mahlzeit um ihre/seine Lippen blass oder bläulich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. atmet schneller oder angestregter beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. braucht während einer Mahlzeit eine Pause, um sich etwas zu erholen oder zu verschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. wird beim Essen müde und kann die Mahlzeit nicht fertig essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. schwitzt/wird feuchtkalt während Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. neigt/kippt Kopf beim Essen nach hinten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. muss beim Essen mehr als andere Kinder aufstoßen (Rülpsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. erbricht während der Mahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. erbricht zwischen den Mahlzeiten (von 30 Minuten nach einer Mahlzeit bis zur nächsten Mahlzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. überstreckt sich während oder nach einer Mahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

	0	1	2	3	4	5	
Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
19. würgt, wenn es Zeit ist zum Essen (z.B., wenn er/sie Speisen sieht oder wenn man sie/ihn in einen Hochstuhl setzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. würgt bei einheitlichen, geschmeidigen Speisen wie Pudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. würgt bei strukturierten/klumpigen Speisen wie Getreidebrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. würgt, hustet oder erbricht beim Zähneputzen (falls Ihr Kind noch keine Zähne hat, wählen Sie «Nie». Falls Ihr Kind das Zähneputzen nicht erlaubt, wählen Sie «Immer»).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. kriegt nach dem Essen einen geblähten Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. kriegt beim Stuhlgang einen roten Kopf, weint vielleicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. hat Blähungen/Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Sabbert beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. hat Schwierigkeiten beim Essen aufgrund verstopfter Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physiologische Symptome Subskala Gesamtpunktzahl							

Falls Sie eine Frage/Fragen weiter erklären möchten, bitte hier kurz erläutern:

Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

	0	1	2	3	4	5	
Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
28. vermeidet das Essen, indem es spielt oder plaudert/spricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. muss gesagt bekommen, dass er/sie anfangen soll zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. muss daran erinnert werden, weiter zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. verweigert das Essen während Mahlzeiten, verlangt jedoch später etwas zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. hört nach ein paar Bissen auf zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Verweigert zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. zeigt mehr Stresszeichen während der Mahlzeiten als zwischen den Mahlzeiten (Jammern, Weinen, Ärger, Trotzanfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. mag eine Speise an einem Tag und am nächsten nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

0 1 2 3 4 5

Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
36. besteht darauf, dass Speisen in einer bestimmten Art angeboten werden (z.B. Beispiel wie Speisen auf dem Teller sein müssen oder welcher Teller oder Löffel gebraucht wird oder wo sie/er selbst sitzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. besteht darauf von der/den gleichen Person(en) gefüttert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38. wird unruhig / aufgebracht / aufgewühlt/ verärgert durch den Geruch von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39. wirft mit Nahrung oder stößt Nahrung weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. bevorzugt zu Trinken statt zu Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41. bevorzugt knusprige Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42. isst besser mit Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. braucht länger als 30 Minuten für eine Mahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. braucht Ruhe/gelassene Stimmung während einer Mahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. verlangt die gleichen Speisen für mehr als zwei Wochen hintereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

5 4 3 2 1 0

	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
46. isst gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. isst eine breite Auswahl an Speisen (Früchte, Gemüse, Eiweiß/Protein, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48. ist gewillt während einer Mahlzeit sitzen zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49. öffnet Mund, wenn Nahrung/Speisen angeboten werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50. ist gewillt Speisen mit ihren/seinen Händen anzufassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten Subskala Gesamtpunktzahl							

Falls Sie eine Frage/Fragen weiter erklären möchten, bitte hier kurz erläutern:

Selektives/Restriktives Essen

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet							5	4	3	2	1	0	Punktzahl
Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer							
51. isst Speisen mit gemischten Konsistenzen/Beschaffenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
52. isst Speisen, die wärmer als Zimmertemperatur sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
53. ist gewillt selbständig zu essen (falls Kind etwas jünger ist: hält Tasse oder führt einfache Speisen wie Cracker selbständig zum Mund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
54. behält Nahrung im Mund beim Essen (feste Nahrung, nicht Flüssigkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
55. behält Flüssigkeiten im Mund beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
56. behält die Zunge im Mund beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
57. wirkt hungrig vor den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet							5	4	3	2	1	0	Punktzahl
Wenn Ihr Kind jünger als 15 Monate ist und diese Lebensmittel nicht angeboten bekommt, wählen Sie bei der entsprechenden Frage «Immer». Wenn Ihr Kind älter als 15 Monate ist und diese Lebensmittel nicht angeboten bekommt oder sich weigert, diese Lebensmittel zu essen, wählen Sie «Nie»	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer							
58. isst Speisen, die gekaut werden müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
59. isst strukturierte Speisen/Speisen mit weichen Stückchen wie Getreidebrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
60. isst gefrorene Speisen wie Eiscreme/Speiseeis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
61. kaut die Nahrung genug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
62. Bewegt Speisen im Mund beim Kauen ohne Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet							0	1	2	3	4	5	Punktzahl
	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer							
63. riecht/schnüffelt an der Nahrung oder Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
64. spuckt Nahrung aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
65. isst zu schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Selektives/Restriktives Essen Subskala Gesamtpunktzahl													

Falls Sie eine Frage/Fragen weiter erklären möchten, bitte hier kurz erläutern:

Orale Verarbeitung

Die folgenden Fragen werden entsprechend den Zahlen (rechts) bewertet

	0	1	2	3	4	5	
Mein Kind...	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
66. bunkert/behält Nahrung in den Wangen oder am Gaumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67. Nahrung bleibt in der Wange oder am Gaumen stecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
68. bevorzugt geschmeidige/gleichmäßige Nahrung wie Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69. platziert oder stopft zu viel Nahrung in den Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70. benutzt den Finger im Mund, um Nahrung zu bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71. bevorzugt starke Geschmacksrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72. beißt auf den Löffel oder die Gabel und lässt nicht ohne Schwierigkeiten los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73. knirscht mit den Zähnen, wenn es wach ist (falls ihr Kind noch keine Zähne hat, wählen Sie «Nie»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74. kaut auf Spielzeugen, Kleidern oder anderen Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	0	1	2	3	4	5	
Wenn Ihr Kind jünger als 15 Monate ist und diese Lebensmittel nicht angeboten bekommt, wählen Sie bei der entsprechenden Frage «Immer». Wenn Ihr Kind älter als 15 Monate ist und diese Lebensmittel nicht angeboten bekommt oder sich weigert, diese Lebensmittel zu essen, wählen Sie «Nie»	Nie	fast nie	Manchmal	oft	fast immer	immer	Punktzahl
75. muss daran erinnert werden, weiter zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76. saugt an Speisen, um sie einzuweichen oder zu befeuchten, anstatt zu kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77. kaut Speisen, schluckt aber nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
78. kaut einen Bissen Nahrung über eine lange Zeit (30 Sekunden oder länger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls Sie eine Frage/Fragen weiter erklären möchten, bitte hier kurz erläutern:



PEDIATRIC EATING ASSESSMENT TOOL (PediEAT)

Anleitung zur Auswertung

1. Niedrigere PediEAT-Werte weisen auf weniger Symptome und höhere Werte auf mehr Symptome bezüglich einer problematischen Ernährung hin. Über den Items stehen Punktwerte, die jede Antwort erhält. Beachten Sie, dass sich die Punktzahlen zwischen den Subskalen ändern können. Zum Beispiel wird die Subskala Physiologische Symptome mit Nie = 0 und Immer = 5 bewertet, während die Subskala Selektives / Restriktives Essen mit Nie = 5 und Immer = 0 bewertet wird. Beachten Sie auch, dass es innerhalb der Subskala Problematisches Essverhalten und der Subskala Selektives / Restriktives Essen eine Untergruppe von Items gibt, die anders bewertet werden als die anderen Items in dieser Subskala. Sie können die rechte Spalte des PediEAT verwenden, um die Punktzahl für jeder Frage festzuhalten.
2. Wenn ein Kind weniger als 15 Monate alt ist und keine kaubare Nahrung angeboten bekommt, sollten Sie es als nicht problematisch einstufen. Wenn ein Kind älter als 15 Monate ist und ihm noch keine kaubaren Nahrungsmittel angeboten werden oder es sich weigert, die angegebenen Nahrungsmittel zu essen, sollten die Eltern so antworten, dass dies als problematisch eingestuft wird.
3. Zählen Sie die Punktzahl für alle Items innerhalb jedes Bereichs zusammen. Am Ende jedes Bereichs befindet sich ein Kästchen, in das die Gesamtpunktzahl für den jeweiligen Bereich eingetragen wird. Übertragen Sie die Gesamtpunktzahl für jeden Bereich in die nachstehende Tabelle.
4. Verwenden Sie die altersspezifischen Referenzwerte auf den folgenden Seiten, um den Grad der Sorge zu bestimmen, der mit der Punktzahl, die das Kind erhalten hat, verbunden ist. Bitte beachten Sie, dass bei der Auswahl der altersspezifischen Referenzwerte das korrigierte Alter verwendet werden sollte, wenn das Kind jünger als 2 Jahre ist und vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde (d. h. das Kind wurde mehr als 3 Wochen vor seinem errechneten Geburtstermin geboren).

Subskala	Punktzahl	Grad der Besorgnis (umkreisen)		
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten		Unauffällig	Besorgniserregend	Höchst besorgniserregend
Selektives / Restriktives Essen		Unauffällig	Besorgniserregend	Höchst besorgniserregend
Orale Verarbeitung		Unauffällig	Besorgniserregend	Höchst besorgniserregend
Gesamtpunktzahl PediEAT		Unauffällig	Besorgniserregend	Höchst besorgniserregend

Notizen:



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Säuglinge im Alter von 6 - 9 Monaten

Die folgenden Referenzwerte gelten für Säuglinge im Alter zwischen 6 Monaten 0 Tagen und 9 Monaten 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

© 2018 Suzanne Thoyre
ALL RIGHTS RESERVED

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 27	27 - 31	32 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 30	30 - 36	37 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 26	26 - 27	28 - 75
Orale Verarbeitung	< 37	37 - 42	43 - 65
Gesamtpunktzahl	< 101	101 - 116	117 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte for Säuglinge im Alter von 9 - 12 Monaten

Die folgenden Referenzwerte gelten für Säuglinge im Alter zwischen 9 Monaten 1 Tag und 12 Monaten 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 24	24 - 31	32 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 32	32 - 38	39 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 27	27 - 31	32 - 75
Orale Verarbeitung	< 32	32 - 37	38 - 65
Gesamtpunktzahl	< 102	102 - 124	125 - 390

Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 12 - 15 Monaten

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 12 Monaten 1 Tag und 15 Monaten 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
Keine Sorgen	Sorgen	Große Sorgen

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 29	29 - 34	35 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 38	38 - 46	47 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 28	28 -31	32 - 75
Orale Verarbeitung	< 31	31 - 35	36 -65
Gesamtpunktzahl	< 107	107 - 125	126 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 15 - 18 Monaten

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 15 Monaten 1 Tag und 18 Monaten 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
Keine Sorgen	Sorgen	Große Sorgen

	< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
Physiologische Symptome	< 17	17 - 20	21 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 38	38 - 44	45 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 26	26 - 28	29 - 75
Orale Verarbeitung	< 29	29 - 32	33 - 65
Gesamtpunktzahl	< 98	98 - 110	111 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 18-24 Monaten

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 18 Monaten 1 Tag und 24 Monaten 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
Keine Sorgen	Sorgen	Große Sorgen

	< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
Physiologische Symptome	< 16	16 - 22	23 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 43	43 - 48	49 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 22	22 - 27	28 - 75
Orale Verarbeitung	< 24	24 - 30	31 - 65
Gesamtpunktzahl	< 97	97 - 107	108 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 2 – 2,5 Jahren

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 2 Jahren 1 Tag und 2,5 Jahren 0 Tagen. Falls Ihr Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde, verwenden Sie bitte die Referenzwerte für das korrigierte Alter Ihres Kindes.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 18	18 - 21	22 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 47	47 - 48	49 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 23	23 - 28	29 - 75
Orale Verarbeitung	< 27	27 - 33	34 - 65
Gesamtpunktzahl	< 106	106 - 120	121 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 2,5 - 3 Jahren

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 2,5 Jahren 1 Tag und 3 Jahren 0 Tagen.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 15	15 - 22	23 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 54	54 - 60	61 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 21	21 - 25	26 - 75
Orale Verarbeitung	< 26	26 - 29	30 - 65
Gesamtpunktzahl	< 109	109 - 119	120 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 3 - 4 Jahren

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 3 Jahren 1 Tag und 4 Jahren 0 Tagen.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 16	16 - 19	20 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 51	51 - 55	56 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 20	20 - 22	23 - 75
Orale Verarbeitung	< 27	27 - 29	30 - 65
Gesamtpunktzahl	< 106	106 - 112	113 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 4 - 5 Jahren

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 4 Jahren 1 Tag und 5 Jahren 0 Tagen.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 16	16 - 19	20 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 51	51 - 57	58 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 19	19 - 21	22 - 75
Orale Verarbeitung	< 24	24 - 27	28 - 65
Gesamtpunktzahl	< 102	102 - 114	115 - 390



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 5 - 6 Jahren

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 14	14 - 19	20 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 51	51 - 54	55 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 16	16 - 22	23 - 75
Orale Verarbeitung	< 22	22 - 26	27 - 65
Gesamtpunktzahl	< 96	96 - 109	110 - 390

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 5 Jahren 1 Tag und 6 Jahren 0 Tagen.



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

Referenzwerte für Kinder im Alter von 6 - 7 Jahren

Die folgenden Referenzwerte gelten für Kinder im Alter zwischen 6 Jahren 1 Tag und 7 Jahren 0 Tagen.

	< 90th % Keine Sorgen	90th - 95th % Sorgen	> 95th % Große Sorgen
Physiologische Symptome	< 14	14 - 18	19 - 135
Problematisches Verhalten bei Mahlzeiten	< 42	42 - 47	48 - 115
Selektives / Restriktives Essen	< 19	19 - 20	21 - 75
Orale Verarbeitung	< 23	23 - 27	28 - 65
Gesamtpunktzahl	< 82	82 - 99	100 - 390