

# Skema til udredning af dysfoni

Udarbejdet af arbejdsgruppe nedsat af ATHS' forankringssted for stemmefagområdet  
3. udgave, juni 2007

## Faktuelle oplysninger

Navn	Cpr.nr.	Tlf.
Adresse	Mobil	Arb.
	E-mail	
Betalingskommune		
Henvisende speciallæge		
Henvisningsdiagnose		
Beskrivelse af stemmelæber		
Sidste undersøgelse:	Planlagt kontrol:	
Erhverv	Socialt	
Tidligere logopædisk undervisning		
<b>Bemærkninger</b>		
Undersøgende logopæd	Undersøgelsessted	Dato

## Grad af funktionsnedsættelse (ud fra funktionsprøver og observationer)

Intet       Let       Moderat       Svær       Meget svær

## Elevens vurdering af begrænsning i forhold til aktivitet og deltagelse

Intet       Let       Moderat       Svær       Meget svær

## Konklusion på udredningen

## Logopædisk diagnose

## Forslag til foranstaltning

## Anamnese

Stemmevanskelighederne opstået i forb. med	Nej	Ja	Tidspunkt	Varighed
Øvre luftvejsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anden sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Særlige stemmekrav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vanskeligheder i bestemte perioder/situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Bemærkninger</b>				
Familiær disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved ikke	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>				

Stemmeændringer/begrænsninger	Nej	Ja
Har talestemmen forandret sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har andre kommenteret stemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er talestemmen dybere end tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er talestemmen højere end tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrænsninger i talestemmens styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrænsninger i talestemmens omfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styringsbesvær af talestemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har sangstemmen forandret sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrænsninger i sangstemmens styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrænsninger i sangstemmens omfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>		

0 = intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

Aktuelle gener	0	1	2	3	4	Ved ikke		0	1	2	3	4	Ved ikke
Hæshed generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hæshed i dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rømmetrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Globulus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmetræthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synketrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørheds- fornemmelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synke- Problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ømhed/smerter i/omkring larynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>Bemærkninger</b>													
Tør hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slim i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktiv hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sure opstød/ Halsbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>													

0 = intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

<b>Aktuelle gener</b>	0	1	2	3	4	Ved ikke		0	1	2	3	4	Ved ikke
Tænderskæren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kæbespænding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke/skulder- Spændinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>Bemærkninger</b>													

<b>Selvvurdering af stemmeproblemet</b>	0	1	2	3	4	Ved ikke
Stemmeproblem på arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmeproblem i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmeproblem ved psykisk belastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>						
VHI score						

<b>Stemme krav på arbejde</b>	Nej	Periodevis	Konstant	<b>Stemme krav i fritiden</b>	Nej	Periodevis	Konstant
Styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>							

<b>Miljø mæssige faktorer</b>	Nej	Periodevis	Konstant		Nej	Periodevis	Konstant
Passiv rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Støjproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig akustik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dårligt indeklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygning	Antal	om dagen		Alkohol	Antal genstande	om ugen	
<b>Bemærkninger</b>							

Psykiske faktorer	Nej			Periodevis			Konstant			
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske traumer, sorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperament										
Psykisk miljø (arbejde/hjem/fritid)										
<b>Bemærkninger</b>										

Øvrige helbredsoplysninger									
ØNH-sygdomme	Nej		Ja			Nej		Ja	
Hyppige halsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slimhindeklager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonsillektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ØNH-operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>									

Generelt	Nej		Ja			Nej		Ja	
Astma/bronkitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppige luftvejsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Bemærkninger</b>									
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken				
Anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken				
<b>Bemærkninger</b>									

	God		Dårlig			God		Dårlig		
Søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Bemærkninger</b>					<b>Bemærkninger</b>					
Hørelse	Angives god		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HA-bruger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>										

## Logopædisk undersøgelse

### Auditiv vurdering, stemme

0 = intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

I hvilken grad er stemmen	Oplæsning					I hvilken grad er stemmen	Spontantale								
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4				
Hyperfunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperfunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Skurrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skurrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Diplofon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diplofon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hypofunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypofunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Knirkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Luftfyldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftfyldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Afonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Med registerbrud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Med registerbrud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Register	Fuldregister <input type="checkbox"/>					Mellemregister <input type="checkbox"/>					Randregister <input type="checkbox"/>				
<b>Bemærkninger</b>															
Styrke	Meget svag <input type="checkbox"/>	Svag <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Kraftig <input type="checkbox"/>	Meget kraftig <input type="checkbox"/>										
Stemmeleje	Meget dybt <input type="checkbox"/>	Dybt <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Højt <input type="checkbox"/>	Meget højt <input type="checkbox"/>										
Styringsbesvær (styrke)	Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>												
<b>Bemærkninger</b>															
Ansætter	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Hårde <input type="checkbox"/>	Forsinkede <input type="checkbox"/>	Luftfyldte <input type="checkbox"/>											
Afsætter	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Låste <input type="checkbox"/>	Luftfyldte <input type="checkbox"/>	Nedpressede <input type="checkbox"/>											
<b>Bemærkninger</b>															

### Auditiv vurdering, talekarakteristika

Prosodi	Monoton <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Overdreven <input type="checkbox"/>
Tonehøjdevariation	Reduceret <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Overdreven <input type="checkbox"/>
Taletempo	Hurtig <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Langsomt <input type="checkbox"/>
Fraselængde	Korte <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Lange <input type="checkbox"/>
Artikulation	Utydelig <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Overdistinkt <input type="checkbox"/>
	Slap <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Spændt <input type="checkbox"/>
Klang	Åben <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Snæver <input type="checkbox"/>
	Lys <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Mørk <input type="checkbox"/>
Nasalitet	Hyponasal <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Hypernasal <input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>			

## Auditiv vurdering, funktionsprøver

<b>I Fonation</b>				
Udholdt vokal	Stabil <input type="checkbox"/>	Instabil <input type="checkbox"/>	Tremor <input type="checkbox"/>	
	Afbrydelser <input type="checkbox"/>			
I hvilket register udføres prøven	Fuldregister <input type="checkbox"/>	Mellemregister <input type="checkbox"/>	Randregister <input type="checkbox"/>	
S/Z ratio:	S: antal sek.	Z: antal sek.		
Tonehøjde-regulering	Normal <input type="checkbox"/>	Reduceret i dybden <input type="checkbox"/>	Reduceret i højden <input type="checkbox"/>	
<b>Bemærkninger</b>				
<b>Registerfunktioner</b>				
	Nej	Ja		
Fuldregister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mellemregister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Randregister/falset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Registerovergang</b>				
Med knæk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Uden knæk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Styrkeregulering</b>				
			Hyperfunkt.	Hypofunkt.
Fra svag til kraftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra kraftig til svag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råbefunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>				
<b>II Adduktion</b>				
	Nej	Ja	Præcis <input type="checkbox"/>	Upræcis <input type="checkbox"/>
Glottisslag/lukkeansats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Komprimeret hvisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hostefunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Staccatoansats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Bemærkninger</b>				
<b>III Afspændingsevne</b>				
	God	Dårlig		
Afsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glidetone på V/Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andet				
<b>Bemærkninger</b>				

<b>Auditiv vurdering, konklusion</b>
--------------------------------------

## Akustiske målinger

I Fonationstid og $F_0$ (grundtone)			
Maksimal fonationstid:	sekunder	Gennemsnitlig $F_0$ oplæsning:	Hz
		Gennemsnitlig $F_0$ spontantale:	Hz

II Fonetogram
Fonetogram vedlagt ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>

III Perturbationsmål	mål	måleværdi
Jitter		
Shimmer		
Glottal støj		
Anvendt program		

IV Andre akustiske målinger
Specificér

## Fysisk

I Generelt indtryk				
Meg. Hypoton	Hypoton	Euton	Hyperton	Meg. Hyperton
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Holdning			
Løftede skuldre	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, stående <input type="checkbox"/>	Ja, siddende <input type="checkbox"/>
Løftet brystkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedhældning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedforsk. fremad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagen opad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagen nedpresset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overstrakte knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rygkurver	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Påfaldende <input type="checkbox"/>	
Bækkenhældning	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Fremad <input type="checkbox"/>	Bagud <input type="checkbox"/>
Vægtbæring/balance	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Tilbage <input type="checkbox"/>	Til siden <input type="checkbox"/>
	Frem <input type="checkbox"/>		

Bemærkninger

<b>III Respiration</b>				
<b>Placering ved tale</b>	Clavicular <input type="checkbox"/>	Højcostalt <input type="checkbox"/>	Costalt/thoracalt <input type="checkbox"/>	Abdominalt <input type="checkbox"/>
<b>Inspiration</b>	Euton	Hyperton		Euton Hyperton
Ved samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved oplæsning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ved kraftig tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I hvile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ekspiration</b>				
Støtte ved	Samtale Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Kraftig tale Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Oplæsning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fejlspændinger	Skulder/nakke <input type="checkbox"/>		Thoracalt <input type="checkbox"/>	Abdom. Hyperton <input type="checkbox"/> Abdom. Hypoton <input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>				

<b>IV Indtryk af tonus (tale)</b>	Hypoton	Euton	Hyperton
Læber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kæbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke/skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>			

<b>V Observation/ manuel undersøgelse</b>	I tale			I hvile		
Larynx position	Lav <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Høj <input type="checkbox"/>	Lav <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Høj <input type="checkbox"/>
Suprahyoide område	Ømhed <input type="checkbox"/>		Smerter <input type="checkbox"/>	Ømhed <input type="checkbox"/>		Smerter <input type="checkbox"/>
Os hyoideum	Ømhed <input type="checkbox"/>		Smerter <input type="checkbox"/>	Ømhed <input type="checkbox"/>		Smerter <input type="checkbox"/>
Afstand cart. thyreoidea - cart. cricoidea	Normal <input type="checkbox"/>		Formindsket <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>		Formindsket <input type="checkbox"/>
<b>Bemærkninger</b>						

<b>Fysisk, konklusion</b>
---------------------------

<b>Fremtoning i forbindelse med kommunikation</b>
<b>Motivation/forventning</b>