



Ernährungsanamnese:

..... Datum

Patient:

Geburtsdatum:

Beh. Arzt:		Diagnose				Sonstige Erkrankungen siehe Anlage 1	
Gewicht	früh. Normgewicht	Vor 3 Monaten	%-ualer Verlust in 3 Monaten	Vor 6 Monaten	%-ualer Verlust in 6 Monaten	Größe	BMI
kg	kg	kg	%	kg	%	m	Kg/m ²
Serumalbumin:		g/l					
BIA-Messung		R	Xc	FFM	Grundumsatz:	Energiebedarf: (GU x 1,5)	
					Kcal/d	Kcal/d	
Ascites: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ödeme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Port <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant		
		Medikamente: (siehe Anlage 2)					

Therapie:

Ernährungstherapie:

<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral
<input type="checkbox"/> Strahlen	Verträglichkeit/ welche Produkte:/ Besonderheiten:		
	<input type="checkbox"/> erfolgt		
	<input type="checkbox"/> aktuell		
	<input type="checkbox"/> Pause		
	<input type="checkbox"/> geplant		
<input type="checkbox"/> Chemo	<input type="checkbox"/> erfolgt		
	<input type="checkbox"/> aktuell		
	<input type="checkbox"/> Pause		
	<input type="checkbox"/> geplant		

Ernährungsprobleme:

(1 = keine Beschwerden / 5 = starke Beschwerden)

Appetitlosigkeit	1	2	3	4	5	Völlegefühl	1	2	3	4	5
Übelkeit	1	2	3	4	5	Geschmacksveränderungen	1	2	3	4	5
Erbrechen	1	2	3	4	5	Kaustörungen	1	2	3	4	5
Flatulenz	1	2	3	4	5	Schluckstörungen	1	2	3	4	5
Diarrhöen	1	2	3	4	5	Mukositis	1	2	3	4	5
Obstipation	1	2	3	4	5	Nahrungsmittelaversionen gegen:					

24 h Recall:

F		Flüssigkeitsaufnahme pro Tag		
ZM		Kalorienaufnahme pro Tag (geschätzt)		
M		Milch/Milchprodukte	ja	nein
NM		Fleisch	ja	nein
A		Fisch	ja	nein
ZM		Eier	ja	nein