



Patientenetikett

Datum: \_\_\_\_\_

E-Mail:  
Telefonnummer:

## Ernährungsassessment

### Anamnese

|  |  |                     |  |                                       |                                       |
|--|--|---------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Diagnosen:   |  |                     |  |                                       |                                       |
| Ernährungsdiagnose:  |  |                     |  |                                       |                                       |
| Größe [cm]:  |  | Unterarmlänge [cm]: |  | BMI [kg/m <sup>2</sup> ]:             |                                       |
| aktuelles Gewicht [kg]:                                      |  | Kniehöhe [cm]:      |  |                                       |                                       |
| Normalgewicht [kg]:<br><small>Wann zuletzt gemessen?</small> |  | Oberarmumfang [cm]: |  |                                       |                                       |
| NRS -Score:  |  | SGA-Score:          |  | MNA-Score:                            |                                       |
| Gewichtsverlust [in kg]:                                     |  | %-ualer Verlust:    |  | <input type="checkbox"/> in 3 Monaten | <input type="checkbox"/> in 6 Monaten |

### Bedarfsanalyse

|                       |  |                         |  |                            |
|-----------------------|--|-------------------------|--|----------------------------|
| Grundumsatz [kcal/d]: |  | Energiebedarf [kcal/d]: |  | Flüssigkeitsbedarf [ml/d]: |
| Zielkalorien [kcal/d] |  | Eiweißbedarf [g/d]      |  |                            |

### 24 - Ernährungsprotokoll

|                 |  |             |  |                   |  |
|-----------------|--|-------------|--|-------------------|--|
| Energie [kcal]: |  | Eiweiß [g]: |  | Flüssigkeit [ml]: |  |
|-----------------|--|-------------|--|-------------------|--|

### Klinische Symptome

|   |                                      |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Diarrhoe    | <input type="checkbox"/> Meteorismus | <input type="checkbox"/> Geschmacksveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit         | <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Flatulenz   | <input type="checkbox"/> Dysphagie               |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen        | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Schwäche    | <input type="checkbox"/> weitere:                |

### Messungen

|  |                   |  |               |  |
|--|-------------------|--|---------------|--|
| <b>Handkraft</b>                             | rechte Hand:      |  | linke Hand:   |  |
| <b>Bioelektrische Impedanz Analyse (BIA)</b> | R [Ohm]:          |  | BCM [kg]:     |  |
|  | Xc [Ohm]:         |  | ECM/BCM [kg]: |  |
|  | Phasenwinkel [°]: |  | ECW [L]:      |  |

### Laborparameter

|                    |  |                    |  |                    |  |
|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|
| Albumin [g/l]:     |  | Präalbumin [mg/l]: |  | Kreatinin [mg/dl]: |  |
| Transferrin [g/l]: |  | Leukozyten [/nl]:  |  | GFR [ml/min]:      |  |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

### Zugänge

|                    |                                   |                                   |   |                              |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| Transnasale Sonde: | <input type="checkbox"/> Gastral  | <input type="checkbox"/> Duodenal | <input type="checkbox"/> Jejunal          |                              |
| Perkutane Sonde:   | <input type="checkbox"/> PEG      | <input type="checkbox"/> PEJ      | <input type="checkbox"/> JET/PEG          | <input type="checkbox"/> FKJ |
| Zentralvenös:      | <input type="checkbox"/> ZVK      | <input type="checkbox"/> Port     | <input type="checkbox"/> Hickman Katheter | <input type="checkbox"/>     |
| Peripher venös:    | <input type="checkbox"/> peripher | <input type="checkbox"/>          |   |                              |

### Ernährungsregime

|                                       |  |                              |  |           |
|---------------------------------------|--|------------------------------|--|-----------|
| Kostform /Regime:                     |  |                              |  |           |
| Trinknahrung:                         |  | Anzahl [Stück]:              |  |           |
| Sondennahrung + Wasser [ml]:          |  | Fließgeschwindigkeit [ml/h]: |  |           |
|                                       |  | Bolus [ml]:                  |  |           |
| parenterale Ernährung [ml] + Zusätze: |  | Fließgeschwindigkeit [ml/h]: |  |           |
| Energie [kcal]:                       |  | Eiweiß [g]:                  |  | Fett [g]: |
| Kohlenhydrate [g]                     |  | Flüssigkeit [ml]:            |  |           |

### Entlassmanagement

|                      |  |                  |  |
|----------------------|--|------------------|--|
| Homecareunternehmen: |  | Ansprechpartner: |  |
| Telefonnummer:       |  | E-Mail:          |  |
| rezeptierender Arzt: |  | Kontakt:         |  |
| Pflegedienst:        |  | Kontakt:         |  |
| Weitergeleitet am:   |  | Rückmeldung:     |  |

### Monitoring

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Kodierempfehlung

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| E43 - Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E44.0 - Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E44.1 - Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R63.3 - Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R63.4 - Abnorme Gewichtsabnahme                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R64 - Kachexie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E64.0 - Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E41 - Alimentärer Marasmus                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E66.00 - Adipositas Grad 1                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E66.01 - Adipositas Grad 2                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E66.02 - Adipositas Grad 3                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M62.5 - Muskelschwund und -atrophie                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8-017 - Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8-018 - Parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8-89 - Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9-500 - Patientenschulung                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |