



Patientenetikett

Datum: _____

E-Mail:
Telefonnummer:

Ernährungsassessment

Anamnese

Diagnosen:					
Ernährungsdiagnose:					
Größe [cm]:		Unterarmlänge [cm]:		BMI [kg/m ²]:	
aktuelles Gewicht [kg]:		Kniehöhe [cm]:			
Normalgewicht [kg]: <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

Handkraft	rechte Hand:		linke Hand:	
Bioelektrische Impedanz Analyse (BIA)	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"/>