



Stempel der entlassenden Klinik/ Abteilung

Datum: _____

E-Mail:
Telefonnummer:

Prüfung und Dokumentation alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Krankenkasse:	
Straße und HNR:		PLZ und Ort	
Telefonnummer:		Handynummer:	
Größe [cm]:		BMI [kg/m ²]:	
aktuelles Gewicht [kg]:		Normalgewicht [kg]:	
		Wann zuletzt gemessen?:	

Informationen für medizinisches Personal		Zutreffendes bitte ankreuzen				
Ursachen für die unzureichende normale Ernährung	Maßnahme zur Verbesserung der Ernährungssituation	Maßnahme im KH durchgeführt	Durch Maßnahme Verbesserung der Ernährungssituation		Genannte Ursache nicht zutreffend	Maßnahme krankheitsbedingt nicht durchführbar
Unzureichende Energiezufuhr	Kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln, erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreichen Zusätzen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restriktive Diät	Überprüfung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung	Geeignete Lagerung, Anpassung der Konsistenz der Nahrung, Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie) prüfen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	Nebenwirkung verordneter Medikamente auf Appetit und Ernährungszustand kritisch prüfen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkmenge	Ausreichende Trinkmenge prüfen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaustörung	Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen oder -sanierungen und funktionsfähige Zahnprothesen anordnen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Probleme	Ergotherapeutisches Esstraining und Versorgung mit geeignetem Besteck	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung geistiger und psychischer Gesundheit	Zuwendung beim Essen mit Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen der Nahrung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Maßnahmen	Angehörigenberatung, organisieren von Besuchsdiensten, Einkaufshilfe, Lieferservice	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Bundesausschuss, Gemeinsamer. „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ („Arzneimittel-Richtlinien / AM-RL“) Fassung vom: 18.12.2008 / 22.01.2009 BAnz. Nr. 49 (Beilage) vom 31.03.2009; Letzte Änderung: 16.03.2018 BAnz AT 23.05.2018 B2; In Kraft getreten am: 24.05.2018

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	1



Dokumentation enteralen der Ernährungstherapie

Für den/die Patienten/in empfiehlt sich folgende Nährstoffzusammensetzung:

Energiebedarf: _____ kcal / d _____ g Protein/kg KG
 _____ % Fett der Gesamtenergiezufuhr
 _____ % Kohlenhydrate der Gesamtenergiezufuhr

Um eine ausreichende Nährstoffversorgung sicherzustellen, ist folgende Verordnung erforderlich:

<input type="checkbox"/> Trinknahrungsmenge/d	_____ ml/d	_____ kcal/ml	_____ g Protein/ml	Produkt:
<input type="checkbox"/> Sondennahrungsmenge/d	_____ ml/d	_____ kcal/ml	_____ g Protein/ml	Produkt:
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsmenge/d	_____ ml/d	_____ kcal/ml	_____ g Protein/ml	

Sondentyp zur enteralen Ernährung:

Gastrale Sonde: intestinale Sonde:

Applikationsart:

Bolus : Pumpe:

aktuelle Bolusmenge: _____ ml/Bolus

aktuelle Fließgeschwindigkeit: _____ ml/h

Begründung:

Datum: _____

Unterschrift Arzt: _____

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	2