

Gesundheit Soziale

Maßnahmen

Angehörigenberatung,

organisieren von

Besuchsdiensten, Einkaufshilfe, Lieferservice

Stoffwechsel | Prävention | Therapie

	ERNÄHRUNGSMEDIZIN E.V.					
Stempel der entlass	Datum:					
E-Mail: Telefonnummer:		alterna	itiver	l Dokume Maßnahi nährung	men zur	
Patientendate	2					
Name, Vorname:						
Geburtsdatum:			Krankenl	kasse:		
Straße und HNR:			PLZ und Ort			
Telefonnummer:			Handynummer:			
Größe [cm]:			BMI [kg/m²]:			
aktuelles Gewicht [kg]:			Normalgewicht [kg]: Wann zuletzt gemessen?:			
			VVAIIII ZUICIZ	et gemesserre.		
Informationen Pe	Zutreffendes bitte ankreuzen					
Ursachen für die unzureichende normale Ernährung	Maßnahme zur Verbesserung der Ernährungssituation	Maßnahme durch- geführt	Verbes Ernähru	Maßnahme sserung der ingssituation	Genannte Ursache nicht zutreffend	Maßnahme krankheits- bedingt nicht durchführbar
Unzureichende Energiezufuhr	Kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln, erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreichen Zusätzen		Ja □	Nein □		
Restriktive Diät	Überprüfung		Ja 🔲	Nein 🔲		
Schluckstörung	Geeignete Lagerung, Anpassung der Konsistenz der Nahrung, Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie) prüfen		Ja 🗖	Nein □		
Medikamente	Nebenwirkung verordneter Medikamente auf Appetit und Ernährungszustand kritisch prüfen		Ja □	Nein □		
Trinkmenge	Ausreichende Trinkmenge prüfen		Ja □	Nein 🗖		
Kaustörung	Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen oder - sanierungen und funktionsfähige Zahnprothesen anordnen		Ja 🗖	Nein □		
Motorische Probleme	Ergotherapeutisches Esstraining und Versorgung mit geeignetem Besteck		Ja 🗖	Nein 🗖		
Beeinträchtigung geistiger und psychischer	Zuwendung beim Essen mit Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen der Nahrung		Ja □	Nein □		

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

Nein

Ja 🔲

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



Stoffwechsel | Prävention | Therapie

Dokumentation enteralen der Ernährungstherapie

Für den/die Patienten/in empfiehlt sich folgende Nährstoffzusammensetzung:						
Energiebedarf: kcal / d			g Protein/kg KG			
			_% Fett der Gesam	tenergiezufuhr		
			% Kohlenhydrate o	der Gesamtenergiezufuhr		
Um eine ausreichende	Nährstoffver	sorgung sich	erzustellen, ist	folgende		
Verordnung erforderlic	h:					
☐ Trinknahrungsmenge/d	ml/d	kcal/ml	g Protein/ml	Produkt:		
☐ Sondennahrungsmenge/d	ml/d	kcal/ml	g Protein/ml	Produkt:		
☐ Flüssigkeitsmenge/d	ml/d	kcal/ml	g Protein/ml			
Sondentyp zur enterale	en Ernährung	j:				
Gastrale Sonde: ☐ ir	ntestinale Sonde	: 🗆				
Applikationsart:						
Bolus:	Pumpe:					
aktuelle Bolusmenge:		_ ml/Bolus				
aktuelle Fließgeschwindikgei	t:	_ 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