



Stempel der entlassenden Klinik/Abteilung

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

E-Mail:  
Telefonnummer:

## Weiterleitungsbogen Trinknahrung

### Patientendaten

|                                                                          |  |                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname:                                                           |  |                                                      |  |
| Geburtsdatum:                                                            |  | Alter:                                               |  |
| Straße und HNR:                                                          |  | PLZ und Ort                                          |  |
| Telefonnummer 1:                                                         |  | Handynummer:                                         |  |
| Telefonnummer 2:<br>(Angehörige, gesetzlicher Betreuer,<br>Ehefrau usw.) |  | Diagnose/n:                                          |  |
| Größe [cm]:                                                              |  | BMI [kg/m <sup>2</sup> ]                             |  |
| aktuelles Gewicht [kg]                                                   |  | Normalgewicht [kg]:<br>Wann zuletzt gemessen?:       |  |
| Gewichtsverlust [%]:                                                     |  | Zeitraum des Verlustes:<br>(In Tagen/Wochen/Monaten) |  |

### Krankenkasse

|                        |                                                                        |                    |                                                           |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Kasse:                 |                                                                        | Versicherungs-Nr.: |                                                           |
| Status:                | gesetzlich <input type="checkbox"/><br>privat <input type="checkbox"/> | Zuzahlungsbefreit: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| freiwillig versichert: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>              | Selbstzahler:      | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad:            |                                                                        |                    |                                                           |

### Rezeptierender Arzt

|                 |  |              |  |
|-----------------|--|--------------|--|
| Name:           |  |              |  |
| Straße und HNR: |  | PLZ und Ort: |  |
| Telefonnummer:  |  | Faxnummer:   |  |

### Pflegedienst

|                 |                                                           |                |                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| vorhanden:      | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | wird benötigt: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Name:           |                                                           |                |                                                           |
| Straße und HNR: |                                                           | PLZ und Ort:   |                                                           |
| Telefonnummer:  |                                                           | Faxnummer:     |                                                           |

### Homecareunternehmen/Sanitätshaus/Apotheke

|                       |  |                |  |
|-----------------------|--|----------------|--|
| Name/Ansprechpartner: |  | Telefonnummer: |  |
|-----------------------|--|----------------|--|

### Ernährungsanamnese

|                                         |  |                                |  |
|-----------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Aktuelle orale<br>Nahrungsaufnahme:     |  | Energiebedarf [kcal/d]:        |  |
| Aktuelle orale<br>Flüssigkeitsaufnahme: |  | Flüssigkeitesbedarf<br>[ml/d]: |  |
| Aktuelle orale<br>Eiweißaufnahme:       |  | Eiweißbedarf [g/d]:            |  |

### Geplantes Ernährungsregime

|                                                           |  |             |  |
|-----------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| Trinknahrungsmenge/Tag<br>[ml]:                           |  | kcal/ ml:   |  |
| Energie [kcal]:                                           |  | Eiweiß [g]: |  |
| Produktname:                                              |  |             |  |
| Sonstige Verordnungen (hochkalorische Suppen,<br>Pulver): |  |             |  |
| Entlassungstermin:                                        |  |             |  |
| Anmerkungen / Sonstiges                                   |  |             |  |