



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: <small>(Angehörige, gesetzlicher Betreuer, Ehefrau usw.)</small>		Diagnose/n:	
Größe [cm]:		BMI [kg/m ²]	
aktuelles Gewicht [kg]		Normalgewicht [kg]: <small>Wann zuletzt gemessen?:</small>	
Gewichtsverlust [%]:		Zeitraum des Verlustes: <small>(In Tagen/Wochen/Monaten)</small>	
Krankenkasse			
Kasse:		Versicherungs-Nr.:	
Status:	gesetzlich <input type="checkbox"/> 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 Nahrungsaufnahme:		Energiebedarf [kcal/d]:	
Aktuelle orale Flüssigkeitsaufnahme:		Flüssigkeitesbedarf [ml/d]:	
Aktuelle orale Eiweißaufnahme:		Eiweißbedarf [g/d]:	
Geplantes Ernährungsregime			
Trinknahrungsmenge/Tag [ml]:		kcal/ ml:	
Energie [kcal]:		Eiweiß [g]:	
Produktname:			
Sonstige Verordnungen (hochkalorische Suppen, Pulver):			
Entlassungstermin:			
Anmerkungen / Sonstiges			