

Stempel der entlassenden Klinik/Abteilung

Datum: _____

Email:
Telefonnummer:

Weiterleitungsbogen heimerterale Ernährung

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße und HNR:		PLZ und Ort	
Telefonnummer:		Handynummer:	
Telefonnummer: <small>(Angehörige, gesetzlicher Betreuer/in)</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>	
Art der Sonde:	PEG: <input type="checkbox"/> PEJ: <input type="checkbox"/> FKJ: <input type="checkbox"/> Button: <input type="checkbox"/> Gastrotube: <input type="checkbox"/> sonstige:		
Anlage der Sonde:		Letzter Wechsel:	
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:		Flüssigkeitsbedarf [ml/d]:	
Aktuelle orale Eiweißaufnahme:		Eiweißbedarf [g/d]:	
Geplantes Ernährungsregime			
Bolus <input type="checkbox"/> Sondenpumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/>		Flussrate [ml/h]:	
Fortführung der Klinik – Applikation gemäß Anlage:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Sondennahrung (Produktname):			
Energie [kcal]:		Eiweiß [g]:	
Volumen [ml]:		zusätzliche Flüssigkeit [ml]	
Anmerkungen / Sonstiges:		Entlassungstermin:	