

Abs.:

Patient:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Überleitung: Ernährung

Grunderkrankung:

Größe: _____ Gewicht: _____ Gewichtsabnahme* Nein Ja, _____ kg BMI: _____

Ernährungszustand:

- normal (BMI 24 – 29)
- untergewichtig (BMI <24)
- übergewichtig (BMI >29)
- Schluckstörung

Verdauung:

- ungestört
- gestört durch
- Diarrhoe
- Obstipation
- _____

Stoffwechsel

- ungestört
- gestört durch
- Diabetes mellitus**
- _____
- _____

ADL Essen und Trinken: selbständig mit Unterstützung Nahrung wird dargereicht

Medikamentengabe: oral per Sonde insulinabhängig (** s. Medikamentenblatt)

Energiebedarf: _____	kcal/Tag	Flüssigkeitsbedarf: _____	ml/Tag	Eiweissbedarf: _____	mg/Tag
-----------------------------	-----------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---------------

<p><u>Orale Nahrungszufuhr</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> Dysphagiekost <input type="checkbox"/> Sonstige Kostform _____ <input type="checkbox"/> kontraindiziert 	<p><u>Orale Flüssigkeitszufuhr</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> angedickt mit _____ <input type="checkbox"/> Trinknahrung _____ ml/Tag <input type="checkbox"/> kontraindiziert
--	--

<u>Sondenernährung:</u> <input type="checkbox"/> Nahrung: _____ <input type="checkbox"/> Flüssigkeit: _____	
<p>Zugang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transnasale Sonde <input type="checkbox"/> PEG 	<p>gelegt am: _____ Ch.: _____</p> <p>gelegt am: _____ Ch.: _____</p> <p>Letzter Verbandswechsel am _____</p> <p>Zustand Stomakanal: _____</p>
<p>Sondennahrung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zusätzlich <input type="checkbox"/> ausschließlich 	
<p>Applikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> per Schwerkraft <input type="checkbox"/> per Bolus Bolus-Menge: _____ ml Anzahl der Boli: _____ <input type="checkbox"/> per Ernährungspumpe _____ ml/h 	
<p><input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung: _____ ml/Tag</p> <p><input type="checkbox"/> Zugang vorhanden: _____ gelegt am: _____</p>	

Sozialstation/Heim verständigt: Nein Ja, Gesprächspartner: _____

Ernährungsüberleitung in Zusammenarbeit mit Firma: _____

Datum: _____

Unterschrift Pflegepersonal: _____