

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

Orale Nahrungszufuhr

- selbständig
- mit Hilfsmittel _____
- Dysphagiekost
- Sonstige Kostform _____
- kontraindiziert

Orale Flüssigkeitszufuhr

- selbständig
- mit Hilfsmittel _____
- angedickt mit _____
- Trinknahrung _____ ml/Tag
- kontraindiziert

Sondenernährung: Nahrung: _____ Flüssigkeit: _____

Zugang: Transnasale Sonde
 PEG

gelegt am: _____ Ch.: _____

gelegt am: _____ Ch.: _____

Letzter Verbandswechsel am _____

Zustand Stomakanal: _____

Sondennahrung: zusätzlich

ausschließlich

Applikation: per Schwerkraft

per Bolus Bolus-Menge: _____ ml Anzahl der Boli:

per Ernährungspumpe _____ ml/h

Parenterale Ernährung: _____ ml/Tag

Zugang vorhanden: _____ gelegt am: _____

Sozialstation/Heim verständigt: Nein Ja, Gesprächspartner: _____

Ernährungsüberleitung in Zusammenarbeit mit Firma: _____

Datum: _____

Unterschrift Pflegepersonal: _____