

Prüfung und Dokumentation alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Krankenkasse: _____ Geburtsdatum: _____

| Ursache für die unzureichende normale Ernährung | Maßnahme zur Verbesserung der Ernährungssituation | ausgeführt | Verbesserung der Ernährungssituation | | krankheitsbedingt unmöglich | nicht zutreffend |
|---|--|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Unzureichende Energiezufuhr | Kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln, erweitertes Nahrungsangebot, kalorienhaltige und nährstoffreiche Zwischenmahlzeiten | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Restriktive Diät | Überprüfung | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckstörung | Geeignete Lagerung, Anpassung der Konsistenz der Nahrung, Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie) prüfen | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente | Nebenwirkungen medikamentöser Therapie auf Appetit und Ernährungszustand prüfen | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkmenge | Ausreichende Trinkmenge sicherstellen | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaustörung | Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen anordnen | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motorische Probleme | Ergotherapeutisches Esstraining mit geeignetem Besteck | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beeinträchtigung geistiger und psychischer Gesundheit | Zuwendung, Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Maßnahmen | Angehörigenberatung, Einkaufshilfe, Lieferservice | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Für Ihre Patientenakte

Information für medizinisches Fachpersonal

Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen

Besonderheiten: _____

Dokumentationsbogen* der Ernährungstherapie

Um eine ausreichende Nährstoffversorgung sicherzustellen, ist folgende Verordnung erforderlich:

Trinknahrungsmenge/Tag: _____ ml Produkt: _____

Sondennahrungsmenge/Tag: _____ ml Produkt: _____

Flüssigkeitsmenge/Tag: _____ ml

Es wurde gelegt:

Nasensonde Perkutane Sonde

Sonde mündet:

gastral intestinal

Die Applikation der Sondennahrung über eine Pumpe ist medizinisch indiziert.

Flussrate der Ernährungspumpe: _____ ml/h

Begründung für den Einsatz einer Pumpe: _____

Name/Vorname behandelnder Arzt

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

* Dieser Dokumentationsbogen lehnt sich an den von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für den außerklinischen Bereich empfohlenen Dokumentationsbogen an.