

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.