

Stand 21. Nov 2013  
Rev 00

Formblatt - Maßnahmen NRS 2002  
Formblatt

Seite 1 von 1

V

ERNÄHRUNGSTEAM DER MEDIZINISCHEN KLINIK 6

Telefon (0911) 398 - 31 49 (Anrufbeantworter) FAX 398 - 36 13

Mobil (Wochenende + Feiertag) 0160 / 96 31 9960 (8<sup>30h</sup>-16<sup>45h</sup>)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>geb. Datum:</b>
<b><u>Diagnose die zur verminderten Nahrungsaufnahme führt:</u></b>		
<b><u>Aktuelle Nahrungszufuhr bei Aufnahme:</u></b> <input type="checkbox"/> orale Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Getränke <input type="checkbox"/> orale Kost nicht möglich <input type="checkbox"/> spezielle Kostform	<b>Menge:</b>	<b>Energiegehalt kcal ca.:</b>
<input type="checkbox"/> Sondennahrung <input type="checkbox"/> Trinknahrung		<b>Energiegehalt kcal:</b>
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung		<b>Energiegehalt kcal:</b>
<b><u>bisherige Kcal Aufnahme:</u></b>		<b>Größe:</b> <b>Akt. Gewicht:</b>
<b><u>Gesamtenergiebedarf:</u></b>	<b>aktuell :</b>	<b>Gewicht vor 3. Monaten:</b>
<b><u>auszugleichender Bedarf:</u></b>	<b>Ziel :</b>	<b>Alter:</b>
		<b>BMI:</b> <input type="checkbox"/> Leichte Mangelernährung <input type="checkbox"/> Mäßige Mangelernährung <input type="checkbox"/> Erhebliche Mangelernährung
<b><u>Therapiemaßnahmen:</u></b> <input type="checkbox"/> hochkalorische Nahrung <input type="checkbox"/> Eiweißreiche Trinknahrung <input type="checkbox"/> hochkalorische Trinknahrung <input type="checkbox"/> niedermolekulare Trinknahrung <input type="checkbox"/> Sondennahrung <input type="checkbox"/> Patienten und Angehörigen Beratung (Anwendung der Produkte) <input type="checkbox"/> anreichen der Nahrung <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<b>Menge tägl.:</b>	<b>EW- Gehalt der Trinknahrung (g):</b>
		<b>Kcal-Gehalt:</b>

**Datum:**

**Auffälligkeiten/  
Bewertung des Ernährungszustandes/  
Empfehlungen zur Ernährungstherapie**

---



---



---

Unterschrift Ernährungsteam:

\_\_\_\_\_

Arzt Unterschrift:

\_\_\_\_\_