

# Erfassung Ernährungsstatus

- Seite 1 -

Augenscheinlicher Eindruck/ sichtbare Anzeichen von Unterernährung/ Untergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> tiefliegende Augen <input type="checkbox"/> zu weit gewordene Kleidung <input type="checkbox"/> trockene Lippen <input type="checkbox"/> eingefallenes Gesicht <input type="checkbox"/> augenscheinlich kritischer BMI	
Augenscheinlicher Eindruck/ sichtbare Anzeichen eines Flüssigkeitsdefizites	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> trockene Haut und Schleimhaut <input type="checkbox"/> zunehmende Verwirrtheit <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin	
derzeitiger BMI _____ kg/qm	
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust - mehr als 5% in einem Monat oder mehr als 10 % in 6- Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lässt ständig mehr als 1/4 der Mahlzeit übrig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf bei <input type="checkbox"/> Hyperaktivität, <input type="checkbox"/> Stress, <input type="checkbox"/> Wunden, <input type="checkbox"/> akute Krankheit, <input type="checkbox"/> Infekten, <input type="checkbox"/> Diarhoen <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mangelnde Versorgungsstrukturen:	
Weitere Bemerkungen:	

# Erfassung Ernährungsstatus

- Seite 2 -

amnestisch	Schluckprobleme	Ablehnung	kognitiv	physiologisch
<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Diätpflichtig <input type="checkbox"/> Allergien/ Abneigung bestimmter Lebensmittel <input type="checkbox"/> Häufiges Erbrechen <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> verschluckt sich bereits bei der Aufnahme <input type="checkbox"/> Würgegefühl <input type="checkbox"/> Verletzung im Mundraum <input type="checkbox"/> Nicht sitzende Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Steckt die Zunge heraus <input type="checkbox"/> Spuckt die Nahrung aus <input type="checkbox"/> Neigt den Kopf weg <input type="checkbox"/> Schlägt oder drückt angereicht Nahrung weg	<input type="checkbox"/> Kennt den Sinn der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Ignoriert die Speisen <input type="checkbox"/> Vergisst Nahrung zu sich zu nehmen <input type="checkbox"/> Fehlendes Verständnis zur Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Spielt mit dem Essen	<input type="checkbox"/> Kann die Nahrung nicht vor- zubereiten <input type="checkbox"/> Kann die Hand nicht oder nur schwer zum Mund führen <input type="checkbox"/> Kann Besteck nicht greifen oder halten <input type="checkbox"/> Sieht schlecht <input type="checkbox"/> Muss zur Nahrungsaufnahme gelagert werden
Speisevorlieben	Speiseabneigung	Zeiten der Mahlzeiten	Ort/ Räumlichkeiten und Rituale der Nahrungsaufnahme	Weitere Bemerkungen
Besteht nach der Beurteilung der Pflegekraft die Gefahr einer Mangelernährung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Informiert wurde: <input type="checkbox"/> Angehörige/Betreuer <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ernährungsberater <input type="checkbox"/> PDL				
Datum der Erfassung:		Unterschrift Pflegefachkraft:		

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.: