

Begleitende Dokumentation alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung gemäß § 21 Arzneimittel-Richtlinie
 Der Fragebogen kann zur eigenen Dokumentation dienen.
 Er ist nicht Voraussetzung für die Verordnung von enteraler Ernährung.

Prüfung und Dokumentation alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____

F
ü
r
d
ie
P
a
t
i
e
n
t
e
n
a
k
t
e

Ursachen 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 (z. B. Butter, Sahne, Fruchtsäfte etc.) erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreiche Zwischen-mahlzeiten	<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"/>
Schluckstörungen	Geeignete Lagerung der Patienten sowie eine angemessene Konsistenz der Nahrung beachten, Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie) zur Verbesserung der Mund- und Essmotorik 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 den Ernährungszustand prüfen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkmenge	Ausreichende Trinkmenge sicherstellen (ggf. geeignete pflegerische Maßnahmen veranlassen)	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaustörungen	Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen anordnen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Probleme	Motorische Probleme beim Zerkleinern der Nahrung prüfen (Verordnung von ergotherapeutischem Esstraining mit geeignetem Besteck)	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung der geistigen und psychischer Gesundheit	Zuwendung, Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen der Nahrung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Maßnahmen	Angehörigenberatung, Einkaufshilfe, Lieferung von vorbereiteten Produkten	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen

Besonderheiten:
