



Prüfung und Dokumentation alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Patientendaten | |
| Name, Vorname: _____ | |
| Krankenkasse: _____ | |
| Geburtsdatum: _____ | BMI: _____ kg/m ² |

| <i>Informationen für medizinisches Personal</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen! | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Ursachen für die unzureichende normale Ernährung | Maßnahme zur Verbesserung der Ernährungssituation | Maßnahme im KH ausgeführt | Durch Maßnahme Verbesserung der Ernährungssituation | Genannte Ursache nicht zutreffend | Maßnahme krankheitsbedingt nicht durchführbar |
| Unzureichende Energiezufuhr | Kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln, erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreichen Zwischenmahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Restriktive Diät | Überprüfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckstörung | Geeignete Lagerung, Anpassung der Konsistenz der Nahrung, Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie) prüfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente | Nebenwirkungen verordneter Medikamente auf Appetit und Ernährungszustand kritisch prüfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkmenge | Ausreichende Trinkmenge sicherstellen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaustörung | Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen oder – sanierungen und funktionsfähige Zahnprothesen anordnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motorische Probleme | Ergotherapeutisches Esstraining und Versorgung mit geeignetem Besteck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beeinträchtigung geistiger und psychischer Gesundheit | Zuwendung beim Essen mit Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen der Nahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Maßnahmen | Angehörigenberatung, organisieren von Besuchsdiensten, Einkaufshilfe, Lieferservice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quelle: Bundesausschuss, Gemeinsamer. „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ („Arzneimittel-Richtlinien/AM-RL“) Fassung vom: 18.12.2008 / 22.11.2009 BAnz. Nr. 49 (Beilage) vom 31.03.2009; Letzte Änderung: 20.10.2022 BAnz AT 02.12.2022 B2; In Kraft getreten am: 03.12.2022

Besonderheiten: _____

| Version | Erstellt | Freigegeben durch ZEM: | Gültig bis: | Seite |
|---------|------------|------------------------|-------------|-------|
| 2.1 | 01.05.2016 | 13.12.2022 | 13.12.2025 | 1/2 |



Dokumentationsbogen der Ernährungstherapie

Für den/die Patienten/in empfiehlt sich folgende Nährstoffzusammensetzung:

Kalorienbedarf: _____ kcal/d _____ g Protein/kg KG
_____ % Fett der Gesamtenergiezufuhr
_____ % Kohlenhydrate der Gesamtenergiezufuhr

Um eine ausreichende Nährstoffversorgung sicherzustellen, ist folgende Verordnung erforderlich:

- Trinknahrungsmenge/Tag: _____ ml/d _____ kcal/ml _____ g Protein/Flasche Produkt* im KH: _____
- Sondennahrungsmenge/Tag: _____ ml/d _____ kcal/ml _____ g Protein/100ml Produkt* im KH: _____
- Flüssigkeitsmenge/Tag: _____ ml/d

* Wir bitten um Verständnis, dass wir bei der Produktauswahl vorwiegend auf Präparate zurückgreifen, die in unserer Klinik gelistet sind. Selbstverständlich kann der weiterbehandelnde Arzt ein kalorien- und nährstoffgleiches Äquivalenzpräparat verordnen.

Sondentyp zur enteralen Ernährung:

- Gastrale Sonde
- Intestinale Sonde

Die Applikation der Sondennahrung über Bolusgabe ist medizinisch indiziert.

Aktuelle Bolusmenge: _____ ml
Max. Bolusmenge: 250 ml

Die Applikation der Sondennahrung über eine Pumpe ist medizinisch indiziert.

Aktuelle Fließgeschwindigkeit der Ernährungspumpe: _____ ml/h
Max. Fließgeschwindigkeit der Ernährungspumpe: 150 ml/h

Begründung:

Stempel ZEM

Datum

Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie

| Version | Erstellt | Freigegeben durch ZEM: | Gültig bis: | Seite |
|---------|------------|------------------------|-------------|-------|
| 2.1 | 01.05.2016 | 13.12.2022 | 13.12.2025 | 2/2 |