



# Weiterleitungsbogen Trinknahrung (TN)

Name, Vorname:	
Vsl. Entlassungstermin:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	Tel. (1): <span style="float: right;">Tel. (2):</span>
Körpergröße [cm]:	Körpergewicht [kg]:
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]:	Normalgewicht [kg]:
Krankenkasse:	Vers.-Nr.:
Betreuender Arzt/Arztpraxis:	
Pflegedienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welcher Pflegedienst:	
Zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aktivität/Bewegung: <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> teilweise mobil <input type="checkbox"/> mobil	
Nahrungsaufnahme [kcal]:	Trinkmenge [ml]:
Diagnosen:	
Beschwerden:	
Derzeitiges Ernährungsregime im Krankenhaus:	
<small>(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.)</small>	
Sonstiges:	

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