



# Weiterleitungsbogen heimenterale Ernährung

Name, Vorname:				
Vsl. Entlassungstermin:				
Adresse:				
Geburtsdatum:		Tel. (1):		Tel. (2):
Körpergröße [cm]:			Körpergewicht [kg]:	
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]:			Normalgewicht [kg]:	
Art der Sonde: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> Sonstige:			ggf. Datum der Anlage:	
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				
orale Nahrungsaufnahme [kcal]:			orale 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/ Empfehlung:				

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