

Begleitende Dokumentation zur Verordnung enteraler Ernährung gemäß §21 Arzneimittel-Richtlinie

Der Fragebogen dient zur eigenen Dokumentation und ist nicht Voraussetzung für die Verordnung enteraler Ernährung



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

mögliche Ursachen für die unzureichende normale Ernährung	Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation	ausgeführt	krankheitsbedingt nicht möglich	Nicht-zutreffend	Verbesserung der Ernährungssituation	
					Ja	Nein
Unzureichende Energiezufuhr	- Kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln (z.B. Sahne, Fruchtsäfte, Öle, Nahrungsmittel mit hoher Energie- und Nährstoffdichte - erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreichen Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restriktive Diät	Überprüfung, ob eine solche Diät besteht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	- geeignete Lagerung des Patienten - angemessene Konsistenz der Nahrung - Verordnung von Heilmitteln ist zu prüfen -> Anbahnung und Förderung des Schluckvorganges durch Logopädie-Verordnung -> Verbesserung der Mund- und Essmotorik durch Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	Unerwünschte Wirkungen medikamentöser Therapie auf Appetit und den Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkmenge	Sicherstellung einer ausreichenden Trinkmenge, ggf. Veranlassung geeigneter pflegerischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaustörungen	Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlungen oder -sanierungen anordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung der geistigen und psychischen Gesundheit	- Zuwendung - Aufforderung zum Essen - geduldiges Anreichen der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Maßnahmen	- Angehörigenberatung - Einkaufshilfe - Lieferung von vorbereiteten Produkten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____