

1. Fachrichtung (nur eine Antwort möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Allgemein | <input type="radio"/> Chirurgie / Allgemein |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Kardiologie | <input type="radio"/> Chirurgie / Herz / Gefäß / Thorax |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Gastroenterologie und Hepatologie | <input type="radio"/> Chirurgie / Neurochirurgie |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Geriatrie | <input type="radio"/> Chirurgie / Orthopädische Chirurgie |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> Trauma |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Nephrologie | <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohren (HNO) |
| <input type="radio"/> Innere Medizin / Onkologie (inkl. Strahlentherapie) | <input type="radio"/> Gynäkologie / Geburtshilfe |
| <input type="radio"/> Interdisziplinäre Station | <input type="radio"/> Pädiatrie |
| <input type="radio"/> Langzeitpflege | <input type="radio"/> Psychiatrie |
| <input type="radio"/> Neurologie | <input type="radio"/> Andere |

2. Anzahl aufgenommener Patienten zu Mittag

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

3. Maximale Bettenkapazität der Station

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

4. Anzahl der Personen, die in der heutigen Frühschicht auf der Station arbeiten (ohne Reinigungskräfte und Personal für nDay)

	fertig ausgebildet	in Ausbildung
Ärzte/Ärztinnen		
Medizinstudenten(innen)	NA	
Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)		
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer(innen)		
Diätologe(in)		
Ernährungswissenschaftler(in)		
Verwaltungspersonal		NA
andere Personen beteiligt an der Patientenversorgung		

5. Gibt es im Krankenhaus ein übergeordnetes Ernährungsteam? Ja Nein

6. Gibt es eine übergeordnete Strategie zur Ernährungsversorgung auf der Station? Ja Nein

7. Gibt es eine zuständige Ansprechperson für klinische Ernährungsfragen auf der Station? Ja Nein

8. Ist ein(e) Diätologe(in), Ernährungswissenschaftler(in)/Ökotrophologe(in) verfügbar für die Station? Ja Nein

9. Ist Personal eigens dafür zuständig Patienten beim Essen zu helfen? Ja Nein

10. Welche Screening-/Monitoringmethode verwenden Sie hauptsächlich? (nur eine Antwort pro Spalte möglich)

Bei der Aufnahme

- Kein routinemäßiges Screening
 - Keine bestimmten Kriterien
 - Erfahrung/visuelle Beurteilung
 - Wiegen/BMI-Berechnung
 - Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
 - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Malnutrition Screening tool (MST)
 - SNAQ
 - Andere offizielle Methode
- Bitte beschreiben Sie:

Während dem Krankenhausaufenthalt

- Kein routinemäßiges Monitoring
 - Keine bestimmten Kriterien
 - Erfahrung/visuelle Beurteilung
 - Wiegen/BMI-Berechnung
 - Andere offizielle Methode
- Bitte beschreiben Sie:

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 1b

11a. Wird die klinische Ernährung Richtlinien oder Standards entsprechend durchgeführt? Ja Nein

11b. Wenn ja, welche verwenden Sie hauptsächlich?

- Internationale Richtlinien Lokale Standards auf Stationsebene
- Nationale Richtlinien Individuelle, patientenbezogene Ernährungspläne
- Lokale Standards auf Krankenhausebene Andere

12. Was wird auf Ihrer Station routinemäßig für folgende Patientengruppen gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

Kontrolliertes Zuwarten bei	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Ernährung bei der Visite besprechen bei	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Einen Ernährungsplan erstellen bei	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Ernährungstherapie starten bei	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Eine Ernährungsfachkraft anfordern	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Andere Experten beiziehen	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Energiebedarf berechnen	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie
Proteinbedarf berechnen	<input type="checkbox"/> Ernährungsrisiko	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Jedem	<input type="checkbox"/> Nie

13. Wie oft wiegen Sie routinemäßig Ihre Patienten? (Mehrfachantworten möglich) Wenn erforderlich

- Bei der Aufnahme Innerhalb 48 Stunden Einmal wöchentlich Bei der Entlassung
- Innerhalb 24 Stunden Innerhalb 72 Stunden Gelegentlich Nie

14. Wie wird eine ausreichende Nahrungsaufnahme der Patienten auf der Station unterstützt? (Mehrfachantworten möglich)

- Zusätzliche- oder Zwischenmahlzeiten anbieten Auf ungestörte Essenszeiten achten
- Menüauswahl anbieten Positive Atmosphäre beim Essen schaffen
- Unterschiedlichen Portionsgrößen anbieten Kulturelle/religiöse Präferenzen und Gewohnheiten berücksichtigen
- Appetitliche Speisenpräsentation beachten
- Bei Bedarf Nahrungsmitteltextur- und konsistenz verändern Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten beachten
- Schwierigkeiten mit Essen und Trinken beachten Andere

15. Welche ernährungsbezogenen Standards und routinemäßigen Aktivitäten treffen auf Ihre Station zu? (Mehrfachantworten möglich)

- Fortbildungen werden angeboten
- Ernährungsbezogene Belange werden an die Krankenhausleitung kommuniziert
- Kennzahlen werden an externe Interessensgruppen auf nationaler oder regionaler Ebene kommuniziert
- Kennzahlen werden für interne Leistungsvergleiche verwendet
- Patientenbefragungen zur Essens- und Servicequalität werden durchgeführt

16. Was wird bei der Patientenaufnahme gefragt und dokumentiert? (Mehrfachantworten möglich)

- Gewichtsveränderung des Patienten Essgewohnheiten/-schwierigkeiten Ernährung vor der Krankenhausaufnahme

17. In welchen Formularen wird das Thema Nahrungsaufnahme oder Mangelernährung konkret behandelt? (Mehrfachantworten möglich)

a. Die Patientenakte hat einen Bereich zur Dokumentation...

- des Ernährungs-/Mangelernährungsstatus des/der Patienten(in) der Ernährungstherapie

b. Im Entlassungsbrief...

- wird die während des Krankenhausaufenthalts gegebene Ernährungstherapie zusammengefasst.
- werden Empfehlungen für die fortführende Ernährung(-stherapie) gegeben.

18. Gibt es Informationsbroschüren zum Thema Ernährung für mangelernährte Patienten/Risikopatienten? Ja Nein

19. Von wem wurde dieser Bogen ausgefüllt? (Mehrfachantworten möglich)

- Stationsleitung Gesundheits- und Krankenpfleger(in) Verwaltungspersonal
- Diätologe(in) Arzt/Ärztin Andere

Vielen Dank!



Datum

Zentrumscode

Stationscode

1. Anzahl der Betten in Ihrem Krankenhaus

2. Anzahl der Patientenaufnahmen im letzten Jahr in Ihrem Krankenhaus

3. Anzahl der Personen, die in Ihrem Krankenhaus arbeiten

	Gesamtzahl	Vollzeitäquivalente
Ärzte gesamt		
Fachärzte		
Ärzte ohne abgeschlossene Fachausbildung		
Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen		
DiätologInnen		
Ernährungswissenschaftler(in)		
Pharmazeuten		
Küchenpersonal		

4. Gibt es eine übergeordnete Strategie zur Ernährungsversorgung im Krankenhaus? Ja Nein Ich weiß es nicht

5. Welche ernährungsbezogenen Standards und routinemäßigen Aktivitäten treffen auf Ihr Krankenhaus zu?
- Ernährungsbezogene Fortbildungen werden angeboten
 - Ein übergeordnetes Lenkungskomitee für Patientenernährung existiert
 - Kennzahlen werden routinemäßig an externe Interessensgruppen auf nationale oder regionale Ebene kommuniziert
 - Kennzahlen werden regelmäßig für interne Leistungsvergleiche verwendet
 - Patientenbefragungen zur Essens- und Servicequalität werden regelmäßig durchgeführt

6. Welche Codes sind vorhanden/werden regelmäßig für Verrechnung und Rückerstattung verwendet

Kodes vorhanden	Kodes routinemäßig verwendet
<input type="checkbox"/> Ernährungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Ernährungsbehandlung
<input type="checkbox"/> Orale Nahrungssupplemente/Trinknahrung	<input type="checkbox"/> Orale Nahrungssupplemente/Trinknahrung
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Diätologische Beratung	<input type="checkbox"/> Diätologische Beratung
<input type="checkbox"/> Spezielle diätologische Interventionen	<input type="checkbox"/> Spezielle diätologische Interventionen
<input type="checkbox"/> Mangelernährungsscreening	<input type="checkbox"/> Mangelernährungsscreening
<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung
<input type="checkbox"/> Mangelernährung (generell)	<input type="checkbox"/> Mangelernährung (generell)
<input type="checkbox"/> Schweregrad von Mangelernährung (zB. Mild, moderate, schwer)	<input type="checkbox"/> Schweregrad von Mangelernährung (zB. Mild, moderate, schwer)
<input type="checkbox"/> Keine Information von Finanzabteilung/Controlling erhalten	<input type="checkbox"/> Keine Information von Finanzabteilung/Controlling erhalten

Vielen Dank!

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



nutritionDay
worldwide

**ÜBER IHREN PATIENTEN
BOGEN 2a**

Datum

Zentrumscode

Stationscode

Patientennummer Patienten-Initialen Geburtsjahr

Geschlecht Weiblich Männlich Datum der Krankenhausaufnahme

Gewicht kg geschätzt gemessen

Größe cm geschätzt gemessen Einwilligung vorhanden Ja Nein

BITTE NUR MIT ZUSTIMMUNG DES PATIENTEN WEITER AUSFÜLLEN

1. Diese Krankenhausaufnahme war... geplant ein Notfall Ich weiß es nicht

2a. Diagnosen bei der Krankenhausaufnahme (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> 0100 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<input type="checkbox"/> 1200 Haut und Unterhaut
<input type="checkbox"/> 0200 Neubildungen	<input type="checkbox"/> 1300 Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
<input type="checkbox"/> 0300 Blut, blutbildende Organe und Immunsystem	<input type="checkbox"/> 1400 Urogenitalsystem
<input type="checkbox"/> 0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> 1500 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
<input type="checkbox"/> 0500 Psychische und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/> 1600 Zustände, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt
<input type="checkbox"/> 0600 Nervensystem	<input type="checkbox"/> 1700 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
<input type="checkbox"/> 0700 Augen und Augenanhangsgebilde	<input type="checkbox"/> 1800 Symptome, abnorme klinische und Laborbefunde
<input type="checkbox"/> 0800 Ohren und Warzenfortsatz	<input type="checkbox"/> 1900 Verletzungen und Vergiftungen
<input type="checkbox"/> 0900 Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/> 2000 Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
<input type="checkbox"/> 1000 Atmungssystem	<input type="checkbox"/> 2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
<input type="checkbox"/> 1100 Verdauungssystem	

2b. Hauptaufnahmegrund (nur einen der oben genannten Codes einfügen)

3. Welche aktuellen Komorbiditäten hat dieser Patient? (eine Antwort pro Zeile)

Herzinsuffizienz <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Diabetes <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Myokardinfarkt <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Krebs <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chronische Lungenerkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Infektion <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zerebrovaskuläre Erkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Demenz <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Periphere Gefäßerkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Starke Depression <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chronische Lebererkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Andere chronische psychische Erkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chronische Nierenerkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Andere chronische Erkrankung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

4a. Bereits erfolgte Operation seit Krankenhausaufnahme	4b. Geplante Operation während diesem Krankenhausaufenthalt
<input type="radio"/> Ja, geplante OP <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, am nächsten Tag <input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja, ungeplante OP	<input type="radio"/> Ja, später <input type="radio"/> Nein
Tage seit der OP <input type="text"/> Tage	

5. Bereits erfolgte Aufnahme auf der Intensivstation während dem Krankenhausaufenthalt? Ja Nein

6. Ist dieser Patient unheilbar krank (terminal)? Ja Nein Ich weiß es nicht

7. Flüssigkeitshaushalt (HEUTE) ausgeglichen überladen dehydriert Ich weiß es nicht

8. Anzahl der unterschiedlichen Medikamente geplant (HEUTE) oral andere

9. Wurde dieser Patient als mangelernährt eingestuft? Ja, als mangelernährt Ja, als gefährdet Nein Ich weiß es nicht

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 2b

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patient zutrifft



**ÜBER IHREN PATIENTEN
BOGEN 2b**

Datum

Zentrumscode

Stationscode

Patientennummer

Patienten-Initialen

10. Infusionen (HEUTE) Elektrolytlösung (NaCl, Ringer-Laktat, etc.) 5% Glukoselösung

11. Anzahl der geplanten Trinknahrungen (HEUTE)

12. Nahrungsaufnahme (HEUTE) (eine Antwort pro Zeile)

Reguläre Krankenhauskost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Angereicherte Krankenhauskost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Protein-/Energiesupplement (z.B. Trinknahrung)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Enterale Ernährung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Parenterale Ernährung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Spezialdiät	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht

13a. Alle Katheter und Sonden (HEUTE) (eine Antwort pro Zeile)

Zentralvenös	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Nasoduodenal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Peripherer Venenzugang	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Enterostomal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nasogastral	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Perkutane endosk. Gastrostomie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nasojejunal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Perkutane endosk. Jejunostomie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

13b. Sind während dieses Krankenhausaufenthalts Infektionen / Obstruktionen mit Kathetern und Sonden zur künstlichen Ernährung aufgetreten?

Ja, Komplikation behoben Ja, Komplikation wirksam Nein Ich weiß es nicht

14. Geben Sie an, welche Maßnahmen seit Aufnahme beim Patienten durchgeführt wurden: (eine Antwort pro Zeile)

Festlegung des Energiebedarfs	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Festlegung des Proteinbedarfs	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Dokumentation der Nahrungsaufnahme in der Patientenakte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Erstellung eines Ernährungstherapieplans	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Anfordern eines Ernährungsexperten/einer Ernährungsexpertin	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Dokumentation von Mangelernährung in der Patientenakte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht

15a. Geplante Energieaufnahme (GESTERN)

<500 kcal

500-999 kcal

1000-1499 kcal

1500-1999 kcal

>=2000 kcal

Nicht festgelegt

Ich weiß es nicht

ODER bitte einfügen kcal/kg

15b. Erreichte Energieaufnahme (GESTERN)

<500 kcal

500-999 kcal

1000-1499 kcal

1500-1999 kcal

>=2000 kcal

Nicht festgelegt

Ich weiß es nicht

ODER bitte einfügen kcal/kg

16. Seit der Aufnahme, hat sich der Gesundheitszustand des Patienten...

verbessert Der Patient wurde gerade erst aufgenommen.

verschlechtert Ich weiß es nicht

nicht verändert

Vielen Dank!

Patientennummer

Patienten-Initialen

1. Was sind Ihre typischen Ernährungsgewohnheiten? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine speziellen Ernährungsgewohnheiten | <input type="checkbox"/> Ich vermeide Kohlenhydrate |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier(in) | <input type="checkbox"/> Ich ernähre mich fettarm |
| <input type="checkbox"/> Ich ernähre mich vegan | <input type="checkbox"/> Ich bin laktoseintolerant |
| <input type="checkbox"/> Ich ernähre mich glutenfrei | <input type="checkbox"/> Andere Diät aufgrund von Allergien/Intoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Ich vermeide Zucker | <input type="checkbox"/> Anderes |

2. Wo haben Sie vor dieser Krankenhausaufnahme gewohnt?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zuhause | <input type="radio"/> Ich wurde aus einem anderen Krankenhaus hierher verlegt |
| <input type="radio"/> In einem Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung | <input type="radio"/> Anderes |

3. Sind Sie allgemein in der Lage zu gehen?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein, ich habe einen Rollstuhl |
| <input type="radio"/> Ja, mit Hilfe einer Person | <input type="radio"/> Nein, ich bin bettlägerig |
| <input type="radio"/> Ja, selbstständig aber mit Gehstock, Gehhilfe oder Krücken | |

4. Wie würden Sie generell Ihren Gesundheitszustand einschätzen?

- Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

5. In den 12 Monaten vor dieser Krankenhausaufnahme in etwa...

...wie oft haben Sie einen Arzt aufgesucht? Mal

...wie oft wurden Sie in ein Krankenhaus aufgenommen (Notaufnahme, jede Station)? Mal

...wie viele Nächte haben Sie insgesamt in einem Krankenhaus verbracht? Nächte

6. Wie viele unterschiedliche Medikamente haben Sie vor Ihrem Krankenhausaufenthalt täglich in etwa eingenommen?

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> Keine |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| <input type="radio"/> Mehr als 5 | |

7. Sind Sie krankenversichert?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ja, nur privat | <input type="radio"/> Nein |
| <input type="radio"/> Ja, nur gesetzlich | <input type="radio"/> Ich möchte diese Frage nicht beantworten |
| <input type="radio"/> Ja, beides | |

8. Wie viel haben Sie vor 5 Jahren gewogen?

kg Ich weiß es nicht

9a. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ja, gewollt | <input type="radio"/> Nein, ich habe zugenommen |
| <input type="radio"/> Ja, ungewollt | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| <input type="radio"/> Nein, mein Gewicht hat sich nicht verändert | |

9b. Wenn ja, wie viel Gewicht haben Sie verloren?

kg Ich weiß es nicht

10. Wussten Sie von Ihrem Krankenhausaufenthalt zwei Tage vor Ihrer Aufnahme?

Ja Nein

11. Bitte geben Sie an ob Sie...

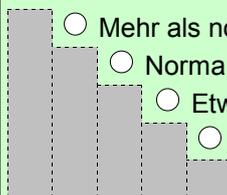
- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|---|
| ...bei Ihrer Aufnahme gewogen wurden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| ...über Ihre Ernährungssituation informiert wurden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| ...über Möglichkeiten einer Ernährungsbehandlung aufgeklärt wurden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| ...im Krankenhaus eine spezielle Ernährungstherapie erhalten haben | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 3b

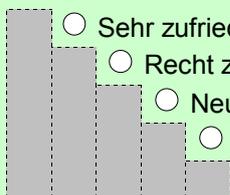
Patientennummer

Patienten-Initialen

12. Wie haben Sie in der Woche vor dieser Krankenhausaufnahme gegessen?

- 
- Mehr als normal
 - Normal
 - Etwa 3/4 von normal
 - Etwa halb so viel wie normal
 - Etwa ein Viertel bis kaum etwas

13. Wie zufrieden sind Sie allgemein mit dem Essen in diesem Krankenhaus?

- 
- Sehr zufrieden
 - Recht zufrieden
 - Neutral
 - Unzufrieden
 - Sehr unzufrieden
 - Ich weiß es nicht

14. Haben Sie HEUTE Hilfe beim Essen bekommen?

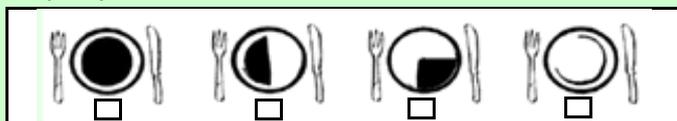
- Ja, von Familie oder Freunden
- Ja, vom Krankenhauspersonal
- Nein

15. Konnten Sie HEUTE ohne Unterbrechung essen?

- Ja
- Nein

16a. Bitte geben Sie an, wie viel sie heute zu Mittag oder am Abend gegessen haben:

(fast) alles 1/2 1/4 nichts



16b. Welche Portionsgröße haben Sie heute bestellt?

- Normale Portion
- Kleine Portion
- Große Portion
- Ich weiß es nicht

17. Wenn Sie heute nicht alles gegessen haben, teilen Sie uns bitte mit warum: (Mehrfachantworten möglich)

- Ich mochte das angebotene Essen nicht
- Ich mochte den Geruch/Geschmack des Essens nicht
- Wegen meiner kulturellen/religiösen Präferenzen
- Das Essen war zu heiß
- Das Essen war zu kalt
- Aufgrund einer Allergie/Nahrungsmittelintoleranz
- Ich war nicht hungrig, als das Essen gebracht wurde
- Ich hatte nicht meinen üblichen Appetit
- Ich habe Kau- und/oder Schluckbeschwerden
- Ich esse normalerweise weniger als die servierte Portion
- Aufgrund von Übelkeit
- Ich war zu müde
- Ich kann nicht ohne Hilfe essen
- Ich durfte nichts essen
- Ich hatte eine Untersuchung/OP und versäumte das Essen
- Ich habe nicht das bestellte Essen bekommen

18. Geben Sie an wieviele Gläser/Tassen Sie in den letzten 24 Stunden von den angegebenen Getränken getrunken haben

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="text"/> Wasser | <input type="text"/> Kaffee | <input type="text"/> Fruchtsaft | <input type="text"/> Trinknahrung |
| <input type="text"/> Tee | <input type="text"/> Milch | <input type="text"/> Limonaden | <input type="text"/> Andere |

19a. Haben Sie HEUTE etwas außer der Krankenhauskost gegessen? Ja Nein

19b. Wenn ja, was haben Sie gegessen?

- Süße Snacks
- Salzige Snacks
- Hausgemachtes Essen
- Obst
- Milchprodukte
- Lieferservice/Restaurant
- Wurstsemmel u. ähnliches
- Anderes

20. Wie hat sich Ihr Essverhalten seit der Krankenhausaufnahme verändert?

- Mehr gegessen
- Weniger gegessen
- Gleich viel gegessen
- Ich weiß es nicht

21. HEUTE fühle ich mich...

- ...stärker als bei der Aufnahme
- ...schwächer als bei der Aufnahme
- ...gleich wie bei der Aufnahme
- Heute aufgenommen
- Ich weiß es nicht

22. Können Sie HEUTE ohne Hilfe gehen?

- Ja
- Nein, nur mit Hilfe
- Nein, ich liege nur im Bett

23. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? Ja Nein

Vielen Dank!

Gibt es ein elektronisches Dokumentationssystem in Ihrem Krankenhaus?⁹ JA NEIN

Ist Ernährungstherapie Teil der Behandlung von KrebspatientInnen in Ihrem Krankenhaus?⁹ JA NEIN

Wenn ja, in welcher Weise wird Ernährungstherapie eingesetzt?³⁸

- routinemäßig
- wenn der Patient danach fragt
- wenn Gewichtsverlust > 10%
- in Palliativpflege
- anderes, bitte beschreiben Sie

Wenn nein, weil...¹⁰

- nicht evidenzbasiert
- kein vorhandenes Wissen in diesem Gebiet
- keine Vergütung
- ernährt den Tumor
- anderes

Welche Methoden der Ernährungstherapie werden bei Krebspatienten eingesetzt?¹⁰

- Verpflegung entsprechend Ernährungsplan
- Kalkulation des Energiebedarfs
- nach Bedarf Ergänzung der Nahrungsaufnahme durch künstliche Ernährung
- keine
- anderes

Wenn nein, bitte begründen Sie¹⁰

- nicht evidenzbasiert
- Mangel an Erfahrung
- keine Vergütung
- Mangel an DiätologInnen
- Mangel an anderen ExpertInnen
- anderes

Wie oft und mit welchen Methoden werden folgende Parameter bei KrebspatientInnen erfasst?³⁹

	regelmäßig	bei jeder Chemotherapie	bei Bedarf	nie	?
Anthropometrie/Körperzusammensetzung					
Gewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anthropometrie (Körperumfang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT-Scan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperfunktion					
Handgrip (Handkraft)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Minuten Gehstest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energiebedarf, berechnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsaufnahme					
jede Mahlzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Mahlzeit pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Mahlzeiten pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24h-recall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wer hat diesen Fragebogen (Bogen 1_ Onkologie) ausgefüllt?¹¹

- Diätassistent
 Pflegekraft
 Arzt
 Ernährungswissenschaftler
 andere

Liebe Patientin, Lieber Patient! Wir bitten Sie heute den Fragebogen auszufüllen, damit wir unsere Betreuung auf der Station vor allem hinsichtlich der Ernährung verbessern können. Wir möchten daher gerne von Ihnen wissen wie Sie sich fühlen und wie aktiv Sie sind.

Bitte kreuzen Sie an bzw. füllen Sie aus 

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Patienten Initialen: ⁴ **Vorname** **Nachname**

Ihr Standardgewicht vor der aktuellen Krebserkrankung ⁵² **kg** ich weiß es nicht
Ihr derzeitiges Gewicht ⁵² **kg** ich weiß es nicht

War Ihre Gewichtsveränderung gewollt oder ungewollt? ⁵⁴
 gewollt ungewollt gleich geblieben

Bitte markieren Sie die Felder, die am ehesten auf Sie in der letzten Woche zutreffen: ⁵⁵

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr	ich weiß nicht
Hatten Sie Schmerzen?	<input type="radio"/>				
Mussten Sie sich ausruhen?	<input type="radio"/>				
Fühlten Sie sich schwach?	<input type="radio"/>				
Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="radio"/>				
Waren Sie müde?	<input type="radio"/>				
Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichem Leben beeinträchtigt?	<input type="radio"/>				
Hatten Sie Appetitmangel?	<input type="radio"/>				

Bitte markieren Sie die Felder, die am ehesten auf Sie momentan zutreffen: ⁵⁵

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr	ich weiß nicht
Haben Sie Schmerzen?	<input type="radio"/>				
Müssen Sie sich ausruhen?	<input type="radio"/>				
Fühlen Sie sich schwach?	<input type="radio"/>				
Fühlen Sie sich niedergeschlagen?	<input type="radio"/>				
Sind Sie müde?	<input type="radio"/>				
Fühlen Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="radio"/>				
Haben Sie Appetitmangel?	<input type="radio"/>				

Falls sich Ihr Appetit oder Ihre Nahrungsaufnahme verändert hat, wieso? ¹⁰

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> vorzeitige Sättigung/ Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Entzündung im Mund | <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Geschmacks-/Geruchsveränderung | <input type="checkbox"/> anderes |

Welche Aktivität können Sie maximal selbstständig ausführen (bitte nur eine Option ankreuzen)? ⁵⁶

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> bin sportlich aktiv | <input type="radio"/> kann mich selbst waschen und ankleiden |
| <input type="radio"/> bin ohne körperliche Einschränkung aktiv | <input type="radio"/> brauche Hilfe zum Waschen und Ankleiden |
| <input type="radio"/> bin fähig leichte Tätigkeiten auszuführen | <input type="radio"/> bin ganztags ruhebedürftig |

Was nehmen Sie zusätzlich zu vom Arzt verschriebenen Medikamenten ein? ¹⁰

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nichts | <input type="checkbox"/> Vitamine |
| <input type="checkbox"/> Gewürz- und Kräutertee | <input type="checkbox"/> andere Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel | <input type="checkbox"/> anderes |

Welche der folgenden Tätigkeiten führen Sie durch? ¹⁰

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nichts | <input type="checkbox"/> Meditation | <input type="checkbox"/> anderes |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> progressive Muskelentspannung | |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Qigong | |

Ist es schwierig die Behandlungsvorgaben einzuhalten? ⁹ JA NEIN ich weiß nicht

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? ⁹ JA NEIN ich weiß nicht

Denken Sie, dass eine Ernährungstherapie Ihnen bei Ihrer Erkrankung helfen würde? ⁹
 JA NEIN ich weiß nicht