

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...**

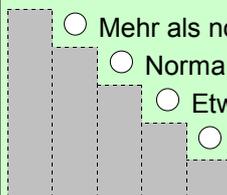
- |  |                          |                            |   |
|--|--------------------------|----------------------------|---|
| ...bei Ihrer Aufnahme gewogen wurden                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| ...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**

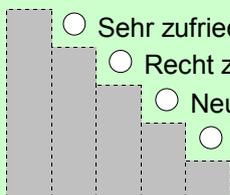
Patientennummer

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?**

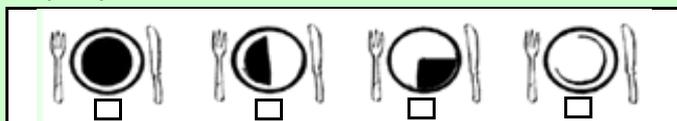
- Ja, von Familie oder Freunden
- Ja, vom Krankenhauspersonal
- Nein

**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!