

**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

<b>4a. Bereits erfolgte Operation seit Krankenhausaufnahme</b>	<b>4b. Geplante Operation während diesem Krankenhausaufenthalt</b>
<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	Nasoduadanal	<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!**