

Übergabe Ernährungstherapie

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Grösse _____

	Normalgewicht	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Gewicht							
BMI							

Ernährungsdiagnose

Relevante Haupt- und Nebendiagnosen

Bedarf

_____ kcal
_____ g Proteine

orale Aufnahme

_____ kcal
_____ g Proteine

Ernährungssupport

ONS, Proteinpulver etc.
Enterale Ernährung



- nasogastrale Sonde
 nasojejunale Sonde
 PEG-Sonde
 PEG-J
 Gastrotube
 Button
 FKJ

Angaben zur Sonde

Datum und Ort der Sondeneinlage: _____
Falls vorhanden Marke + Charrière der Sonde: _____

Kostform

- normal
 fein geschnitten
 gemixt
 flüssig

Produkt(e) _____

Menge _____

Flüssigkeitszufuhr

per os _____ ml
über die Sonde _____ ml

Medikamente

- per os
 über die Sonde

Behandlungsziel

Durchgeführte Beratung zu folgenden Themen

Anmerkungen (bitte Spitex angeben, sofern involviert)

Datum der Überweisung _____

Überweisung von (Name, Vorname, Institution, Telefon)
