

Checkliste zur Prüfung und Dokumentation geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation gemäß § 21 Arzneimittel-Richtlinie

Vorname, Name: _____

Krankenkasse: _____ Geburtsdatum: _____

Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation		ausgeführt	nicht zutreffend / nicht möglich
Unzureichende Energiezufuhr	Anreicherung der Nahrung mit Hilfe natürlicher Lebensmittel (z.B. Butter, Sahne, Vollmilch, Fruchtsäfte, Öle, Nahrungsmittel mit hoher Energie- und Nährstoffdichte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einsatz von kalorien- und nährstoffreichen Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überprüfung restriktiver Diäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	Geeignete Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anpassung der Konsistenz der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einsatz von Heilmitteln zur Verbesserung der Essmotorik, wie Logopädie oder Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaustörungen	Behebung von Kaustörungen (Mundpflege, -hygiene, funktionsfähige Zahnprothese, Zahnbehandlungen bzw. -sanierungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	Prüfung möglicher Nebenwirkungen auf Appetit und Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkmenge	Sicherstellen einer ausreichenden Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Maßnahmen	Einsatz von Hilfsmitteln zur Erleichterung der Nahrungsaufnahme (z.B. Besteck, Trinkhilfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unterstützung beim Einkauf, Lieferung von Produkten (z.B. Essen auf Rädern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beratung von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zeit und Zuwendung beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpergröße: _____ in m Körpergewicht: _____ in kg

BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlust in den letzten Monaten: _____ %

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Nährstoffversorgung ist folgende Verordnung notwendig:

Trinknahrung: _____ (kcal / Tag, Produkt)

Sondennahrung: _____ (kcal / Tag, Produkt)

Ort, Datum:

Unterschrift: