

Patientendaten:

Name, Vorname:
 Geburtsdatum: Größe (cm): Gewicht (kg):
 Krankenkasse:
 Hauptdiagnose: Nebendiagnose(n):.....

Hat sich in den letzten 6 Monaten der Body-Mass-Index (BMI) signifikant verändert?

Ja Nein

Prüfung und Dokumentation möglicher Ursachen und alternativer Maßnahmen zur enteralen Ernährung:

Mögliche Ursache	Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation	Maßnahmen ausgeführt?	Verbesserung der Situation eingetreten?
<input type="checkbox"/> Unzureichende Energiezufuhr	<ul style="list-style-type: none"> kalorische Anreicherung mit natürlichen Lebensmitteln (Butter, Sahne), kalorienhaltige und nährstoffreiche Zwischenmahlzeiten 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Restriktive Diät	<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung ob Diät, evtl. Ernährungsberatung 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<ul style="list-style-type: none"> geeignete Lagerung, Anpassung der Konsistenz der Nahrung (Pürieren, Andicken), Einsatz von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie), Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Schnabel-tasse) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> Nebenwirkung medikamentöser Therapie auf Appetit- und Ernährungszustand prüfen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Trinkmenge	<ul style="list-style-type: none"> ausreichende Trinkmenge sicherstellen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kaustörung	<ul style="list-style-type: none"> Mundpflege, Mundhygiene, notwendige Zahnbehandlung anordnen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Motorische Probleme	<ul style="list-style-type: none"> ergotherapeutisches Esstraining mit geeignetem Besteck 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung geistiger und psychischer Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Zuwendung, Aufforderung zum Essen, geduldiges Anreichen der Nahrung 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Soziale Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> Angehörigenberatung, Einkaufshilfe, Lieferservice 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

...

Notwendigkeit der Verordnung enteraler Ernährung:

Geringe Notwendigkeit

- Gewichtsverlust < 5% in 6 Monaten oder
- momentane Nahrungszufuhr deckt mehr als 75 % des berechneten Bedarfs oder
- Durchführung anderer Maßnahmen ausreichend

Mäßige Notwendigkeit

- Gewichtsverlust 5-10% in 6 Monaten oder
- momentane Nahrungszufuhr deckt mehr als 50% des berechneten Bedarfs oder
- Durchführung anderer Maßnahmen alleine wahrscheinlich unzureichend

Hohe Notwendigkeit

- Gewichtsverlust > 10% in 6 Monaten oder
- momentane Nahrungszufuhr deckt weniger als 50% des berechneten Bedarfs oder
- Serumalbumin < 30g/l oder
- Durchführung anderer Maßnahmen alleine unzureichend; gleichzeitiges Vorliegen kräftezehrender Grunderkrankungen (z.B. Lungenkarzinom)

Notwendigkeit wegen anderer Gründe:

- Phenylketonurie
- Pharmakotherapieresistente Epilepsie, Therapieversuch mit ketogener Diät
- Mukoviszidose
- Funktionsfähigkeit des Darmes eingeschränkt (z.B. Kurzdarmsyndrom)
- Kuhmilchallergie bei Säuglingen und Kleinkindern
- Andere Enzymmangelkrankheiten

Geschätzter bzw. berechneter Grundumsatz pro Tag:

Berechnung des Grundumsatzes z.B. nach der Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (WHO-Formel, ambulanter Bereich):

- Männer über 60 Jahre (in kcal):

$$[(0,0491 \times \text{kg Körpergewicht}) + 2,46] \times 239$$

- Frauen über 60 Jahre (in kcal):

$$[(0,0377 \times \text{kg Körpergewicht}) + 2,75] \times 239$$

Gesamtenergiebedarf = Grundumsatz x Faktor (Bewegung, kräftezehrende Grundkrankheit)

Datum, Unterschrift des Arztes:

Verordnungshinweise:

- Bitte überprüfen Sie die Notwendigkeit der enteralen Ernährung. Vermeiden Sie Verordnungen, ohne sich persönlich vom Zustand des Patienten überzeugt zu haben.
- Die Kosten für die enterale Ernährung („Astronautenkost“) sind keine Praxisbesonderheit und unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).
- Die Diagnosen des Patienten gehören nicht auf das Rezept.
- Dieser Dokumentationsbogen gilt nicht als Voraussetzung für die Verordnung von enteraler Ernährung, sondern dient als Unterstützung für Prüfungs- und Dokumentationszwecke in der Patientenakte.