

PRÜFUNG & DOKUMENTATION DES ERNÄHRUNGSZUSTANDS & DER PASSENDEN MASSNAHMEN BEI MORBUS CROHN

Für die Patientenakte

Vorname, Nachname des Patienten oder der Patientin

Geburtsdatum

Krankenkasse

SCREENING

- Der Ernährungszustand wurde anhand von standardisierten Screening Methoden z.B. MNA®, MUST, NRS-2002 erfasst.
 Es besteht ein Risiko für eine Mangelernährung Es besteht eine Mangelernährung

ALTERNATIVE MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DES ERNÄHRUNGSZUSTANDS GEMÄSS AM-RL § 21 (2)

ÄRZTLICHE MASSNAHMEN	Maßnahme ausgeführt	Ernährungszustand hat sich verbessert		Ausführung nicht möglich/ nicht zutreffend
		ja	nein	
Bei unzureichender Energiezufuhr kalorische 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweitertes Nahrungsangebot mit kalorien- und nährstoffreichen Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritische Überprüfung der verordneten Medikamente bezüglich negativer Effekte auf Appetit und Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung restriktiver Diäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Dysphagie				
Geeignete Lagerung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung der Konsistenz der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung der Verordnung von Heilmitteln (Anbahnung und Förderung des Schluckvorgangs als Teil der Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlung [Logopädie])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung der Verordnung von sensomotorisch-perzeptiver Behandlung zur Verbesserung der Essmotorik als Teil der Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PFLIEGERISCHE MASSNAHMEN	Maßnahme ausgeführt	Ernährungszustand hat sich verbessert		Ausführung nicht möglich/ nicht zutreffend
Sicherung einer ausreichenden Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	ja	nein	
Behebung von Kaustörungen (Mundpflege, -hygiene, Zahnbehandlungen bzw. -sanierungen oder falls erforderlich funktionsfähige Zahnprothesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei motorischen Problemen beim Zerkleinern der Nahrung Verordnung von ergotherapeutischem Esstraining und Versorgung mit geeignetem Besteck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende Zuwendung während der Mahlzeiten mit Aufforderung zum Essen sowie geduldiges Anreichen der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZIALE MASSNAHMEN	Maßnahme ausgeführt	Ernährungszustand hat sich verbessert		Ausführung nicht möglich/ nicht zutreffend
Beratung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	ja	nein	
Organisation von Besuchsdiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung beim Einkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Lieferung von vorbereiteten Produkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GEWICHTSENTWICKLUNG

Datum	Gewicht	+/- Veränderung in kg	in %

Ein Gewichtsverlust ist zu beobachten

THERAPIEEMPFEHLUNG

- Um eine ausreichende Nährstoffversorgung bei Morbus Crohn sicherzustellen, ist die Verordnung von enteraler Ernährung erforderlich:
 - Eine exklusive enterale Ernährung wird empfohlen.
 - Eine partielle enterale Ernährung in Kombination mit CDED wird empfohlen.

BEDARF AN ENTERALER ERNÄHRUNG

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg gemessen am _____

Gesamtkalorienbedarf*/Tag _____ kcal, davon _____ % abgedeckt mit Modulen® IBD, entspricht _____ kcal/Tag

VERORDNUNG VON **MODULEN**^{IBD}

	1.500 kcal/Tag	2.000 kcal/Tag	2.500 kcal/Tag
1 Monat (4 Wochen)	14 Dosen	28 Dosen	35 Dosen
1,5 Monate (6 Wochen)	21 Dosen	42 Dosen	53 Dosen
2 Monate (8 Wochen)	28 Dosen	56 Dosen	70 Dosen

Vorname, Nachname behandelnder Arzt oder Ärztin

Telefon

E-Mail

Datum



105759268 – Stand: 05/2024
Stempelfeld

*Der Gesamtkalorienbedarf kann über unterschiedliche Formeln berechnet werden: Faustregel (120-25-30-35 kcal/Körpergewicht je nach Publikation), D-A-C-H, YH0/ FA0, Harris & Benedict