



Datum

Patientennummer

Einwilligung vorhanden Ja

Nein

BITTE NUR MIT ZUSTIMMUNG DES PATIENTEN WEITER AUSFÜLLEN

Datum der Krankenhausaufnahme

Geburtsjahr (JJJJ)

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Divers

Diese Krankenhausaufnahme war

ein Notfall

geplant

Ich weiß es nicht

Gewicht

kg

geschätzt

gemessen

Größe

cm

geschätzt

gemessen

1. Diagnosen bei der Krankenhausaufnahme (Mehrfachantworten möglich)

2. Hauptaufnahmegrund (nur einen der unten genannten Codes einfügen)

3. Welche aktuellen Komorbiditäten hat dieser Patient? (Mehrfachantworten möglich)

	(1)	(2)		(3)
ICD-10-DIAGNOSE	↓	↓		↓
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0600	<input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Erkrankung
Psychische und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0500	<input type="checkbox"/> Demenz
Augen und Augenanhangsgebilde	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0700	<input type="checkbox"/> Starke Depression
Ohren und Warzenfortsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0800	<input type="checkbox"/> Chronische psychische Erkrankung
Kreislaufsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0900	<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt
Atmungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1000	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0400	<input type="checkbox"/> Chronische Lungenerkrankung
Verdauungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1100	<input type="checkbox"/> Chronische Lebererkrankung
Urogenitalsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1400	<input type="checkbox"/> Chronische Nierenerkrankung
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1300	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen/Probleme
Haut und Unterhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1200	<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankung/Probleme
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0100	<input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Erkrankungen
Neubildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0200	<input type="checkbox"/> Arthritis
Blut, blutbildende Organe und Immunsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0300	<input type="checkbox"/> Hautprobleme
Symptome, abnorme klinische und Laborbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1800	<input type="checkbox"/> Periphere Gefäßerkrankung
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	2000	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1500	ALLGEMEINE KOMORBIDITÄTEN
Zustände, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1600	<input type="checkbox"/> Schmerz
Angeborene Fehlbildungen,	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1700	<input type="checkbox"/> Ermüdung
Deformitäten und Chromosomenanomalien				<input type="checkbox"/> Infektion
Verletzungen und Vergiftungen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1900	<input type="checkbox"/> Diabetes
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	2100	<input type="checkbox"/> Hypertonie
Keine der oben genannten Möglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Hyperlipidämie
				<input type="checkbox"/> Endokrine Erkrankung
				<input type="checkbox"/> Krebs (aktiv)
				<input type="checkbox"/> Krebs (anamnestisch)
				<input type="checkbox"/> Andere chronische Erkrankung
				<input type="checkbox"/> ANDERE KOMORBIDITÄT(EN)
				<input type="checkbox"/> KEINE KOMORBIDITÄT(EN)

4. Bereits erfolgte Aufnahme auf der Intensivstation während dem Krankenhausaufenthalt? Ja Nein Ich weiß es nicht

5. Ist dieser/diese PatientIn unheilbar krank (palliativ)? Ja Nein Ich weiß es nicht

6. Flüssigkeitshaushalt (HEUTE) ausgeglichen überladen dehydriert Ich weiß es nicht

7. Anzahl der unterschiedlichen Medikamente geplant (HEUTE) oral andere

8. Wurde dieser/diese PatientIn als mangelernährt eingestuft? Ja, als mangelernährt Ja, als gefährdet Nein Ich weiß es nicht



Datum

Calendar grid for date entry

Patientennummer

Text box for patient number

9. Infusionen (HEUTE)

Elektrolytlösung (NaCl, Ringer-Laktat, etc.)

5% Glukoselösung

10. Anzahl der geplanten Trinknahrungen (HEUTE)

Two empty boxes for number of meals

11. Nahrungsaufnahme (HEUTE) (eine Antwort pro Zeile)

Table with 3 columns: Question, Ja, Nein, Ich weiß es nicht. Rows include: Reguläre Krankenhauskost, Angereicherte Krankenhauskost, Spezialdiät, Protein-/Energiesupplement, Enterale Ernährung, Parenterale Ernährung.

12a. Alle Katheter und Sonden (HEUTE) (eine Antwort pro Zeile)

Table with 3 columns: Question, Ja, Nein, Ich weiß es nicht. Rows include: Zentralvenös, Periphervenös, Nasogastral, Nasojejunal, Nasoduodenal, Enterostomal, Perkutane endosk. Gastrostomie, Perkutane endosk. Jejunostomie.

12b. Sind während dieses Krankenhausaufenthalts Infektionen oder Obstruktionen bei Kathetern und Sonden zur künstlichen Ernährung aufgetreten?

Ja, Komplikation behoben Ja, Komplikation akut Nein Ich weiß es nicht

13. Geben Sie an, welche Maßnahmen seit Aufnahme beim Patienten durchgeführt wurden:

Table with 3 columns: Question, Ja, Nein, Ich weiß es nicht. Rows include: Festlegung des Energiebedarfs, Festlegung des Proteinbedarfs, Dokumentation der Nahrungsaufnahme, Erstellung eines Ernährungstherapieplans, Anfordern eines Ernährungsexperten, Dokumentation von Mangelernährung.

14a. Geplante Energieaufnahme (GESTERN)

- < 500 kcal
 500-999 kcal
 1000-1499 kcal
 1500-1999 kcal
 >=2000 kcal
 Nicht erfasst
 Ich weiß es nicht

ODER bitte einfügen [] kcal/kg

14b. Erreichte Energieaufnahme (GESTERN)

- < 500 kcal
 500-999 kcal
 1000-1499 kcal
 1500-1999 kcal
 >=2000 kcal
 Nicht erfasst
 Ich weiß es nicht

ODER bitte einfügen [] kcal/kg

15. Seit der Aufnahme, hat sich der Gesundheitszustand des/der PatientInnen...

- verbessert Der/Die PatientIn wurde gerade erst aufgenommen
 verschlechtert Ich weiß es nicht
 nicht verändert