



Datum

Patientennummer

1. Was sind Ihre typischen Ernährungsgewohnheiten?
(Mehrfachantworten möglich)

- Ich habe diätetische Einschränkungen
- Ich habe keine speziellen Ernährungsgewohnheiten
- Ich bin Vegetarier(in)
- Ich ernähre mich vegan
- Ich ernähre mich glutenfrei
- Ich vermeide Zucker
- Ich vermeide Kohlenhydrate
- Ich ernähre mich fettarm
- Ich bin laktoseintolerant
- Andere Diät aufgrund von Allergien/Intoleranzen
- Anderes



2. Wo haben Sie vor dieser Krankenhausaufnahme gewohnt?

- Zuhause
- In einem Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung
- Ich wurde aus einem anderen Krankenhaus hierher verlegt
- Anderes

3. Sind Sie allgemein in der Lage zu gehen?

- Ja
- Ja, mit Hilfe einer Person
- Ja, selbstständig aber mit Gehstock, Gehhilfe oder Krücken
- Nein, ich habe einen Rollstuhl
- Nein, ich bin bettlägerig



4. Wie würden Sie generell Ihren Gesundheitszustand einschätzen?

- Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

5. In den 12 Monaten vor dieser Krankenhausaufnahme in etwa...

- ...wie oft haben Sie einen Arzt aufgesucht? Mal
- ...wie oft wurden Sie in ein Krankenhaus aufgenommen (Notaufnahme, jede Station)? Mal
- ...wie viele Nächte haben Sie insgesamt in einem Krankenhaus verbracht? Nächte



6. Wie viele unterschiedliche Medikamente haben Sie vor Ihrem Krankenhausaufenthalt täglich in etwa eingenommen?

- 1-2
- 3-5
- Mehr als 5
- Keine
- Ich weiß es nicht



7. Sind Sie krankenversichert?

- Ja, nur privat
- Ja, nur gesetzlich
- Ja, beides
- Nein
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

8. Wie viel haben Sie vor 5 Jahren gewogen?

 kg Ich weiß es nicht

9a. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?

- Ja, gewollt
- Ja, ungewollt
- Nein, mein Gewicht hat sich nicht verändert
- Nein, ich habe zugenommen
- Ich weiß es nicht



9b. Wenn ja, wie viel Gewicht haben Sie verloren?

 kg Ich weiß es nicht

10. Wussten Sie zwei Tage vor Ihrer Aufnahme von Ihrem Krankenhausaufenthalt?

- Ja
- Nein

11. Bitte geben Sie an ob Sie...

- ...bei Ihrer Aufnahme gewogen wurden Ja Nein Ich weiß es nicht
- ...über Ihre Ernährungssituation informiert wurden
- ...über Möglichkeiten einer Ernährungsbehandlung aufgeklärt wurden
- ...im Krankenhaus eine spezielle Ernährungstherapie erhalten haben

12. Wie haben Sie in der Woche vor dieser Krankenhausaufnahme gegessen?

- Mehr als normal
- Normal
- Etwa 3/4 von normal
- Etwa halb so viel wie normal
- Etwa ein Viertel bis kaum etwas





Datum

Patientennummer

13a. Bitte geben Sie an, wie viel sie heute zu Mittag oder am Abend gegessen haben:



(fast) alles



1/2



1/4



nichts

13b. Welche Portionsgröße haben Sie heute bestellt?

- Normale Portion
- Kleine Portion
- Große Portion
- Ich weiß es nicht

14. Wie zufrieden sind Sie allgemein mit dem Essen in diesem Krankenhaus?

- Sehr zufrieden
- Recht zufrieden
- Unzufrieden
- Sehr unzufrieden
- Neutral
- Ich weiß es nicht

15. Haben Sie HEUTE Hilfe beim Essen bekommen? Ja, von Familie oder Freunden Ja, vom Krankenhauspersonal Nein

16. Konnten Sie HEUTE ohne Unterbrechung essen? Ja Nein

17. Wenn Sie heute nicht alles gegessen haben, teilen Sie uns bitte mit warum: (Mehrfachantworten möglich)

- Ich mochte das angebotene Essen nicht
- Ich mochte den Geruch des Essens nicht
- Ich mochte den Geschmack des Essens nicht
- Wegen meiner kulturellen/religiösen Präferenzen
- Das Essen war zu heiß
- Das Essen war zu kalt
- Aufgrund einer Allergie/Nahrungsmittelintoleranz
- Ich war nicht hungrig, als das Essen gebracht wurde
- Ich hatte nicht meinen üblichen Appetit
- Ich habe Kau- und/oder Schluckbeschwerden
- Ich esse normalerweise weniger als die servierte Portion
- Aufgrund von Übelkeit
- Ich war zu müde
- Ich kann nicht ohne Hilfe essen
- Ich durfte nichts essen
- Ich hatte eine Untersuchung/OP und versäumte das Essen
- Ich habe nicht das bestellte Essen bekommen



18. Geben Sie an wieviele Gläser/Tassen Sie in den letzten 24 Stunden von den angegebenen Getränken getrunken haben

<input type="text"/>	Wasser	<input type="text"/>	Kaffee	<input type="text"/>	Fruchtsaft	<input type="text"/>	Trinknahrung
<input type="text"/>	Tee	<input type="text"/>	Milch	<input type="text"/>	Limonaden	<input type="text"/>	Andere

19a. Haben Sie HEUTE etwas außer der Krankenhauskost gegessen? Ja Nein

19b. Wenn ja, was haben Sie gegessen?

- Süße Snacks
- Salzige Snacks
- Hausgemachtes Essen
- Obst
- Milchprodukte
- Lieferservice/Restaurant
- Belegtes Brot und ähnliches
- Andere

20. Seit der Krankenhausaufnahme, essen Sie mehr oder weniger?

- Mehr
- Weniger
- Gleich viel
- Ich weiß es nicht

21. HEUTE fühle ich mich im Vergleich zur Aufnahme Stärker Heute aufgenommen Schwächer Ich weiß es nicht Gleich

22. Können Sie HEUTE ohne Hilfe gehen?

- Ja
- Nein, nur mit Hilfe
- Nein, ich liege nur im Bett



23. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? Ja Nein