



Datum

Zentrumscode

1. Anzahl der Betten in Ihrem Krankenhaus

2. Anzahl der PatientenInnenaufnahmen im letzten Jahr in Ihrem Krankenhaus

3. Anzahl der Personen, die in Ihrem Krankenhaus arbeiten

	Gesamtzahl	Vollzeitäquivalente
ÄrztInnen gesamt		
FachärztInnen		
ÄrztInnen ohne abgeschlossene Fachausbildung		
Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen		
DiätologInnen		
ErnährungswissenschaftlerInnen		
PharmazeutenInnen		
Küchenpersonal		

4. Gibt es eine übergeordnete Strategie zur Ernährungsversorgung im Krankenhaus?

- Ja     
  Nein     
  Ich weiß es nicht

5. Welche ernährungsbezogenen Standards und routinemäßigen Aktivitäten treffen auf Ihr Krankenhaus zu?

- Ernährungsbezogene Fortbildungen werden angeboten
- Ein übergeordnetes Lenkungskomitee für PatientenInnenernährung existiert
- Kennzahlen werden routinemäßig an externe Interessensgruppen auf nationaler oder internationaler Ebene kommuniziert
- Kennzahlen werden regelmäßig für interne Leistungsvergleiche verwendet
- PatientenInnenbefragungen zur Essens- und Servicequalität werden regelmäßig durchgeführt

6. Welche Codes sind vorhanden oder werden regelmäßig für Abrechnung und Rückerstattung verwendet

- Keine Information von Finanzabteilung/Controlling erhalten

	Verfügbare Codes	Regelmäßig verwendete Codes	Ich weiß es nicht
Ernährungsbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orale Nahrungssupplemente/Trinknahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenterale Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enterale Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diätologische Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezielle diätologische Interventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangelernährungsscreening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risiko für Mangelernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangelernährung (generell)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweregrad von Mangelernährung (zB. leicht, moderat, schwer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Datum

Zentrumscode

Stationscode

1a. Fachrichtung (nur eine Antwort möglich)

Innere Medizin

- Allgemein
 Kardiologie
 Gastroenterologie und Hepatologie
 Geriatrie
 Infektionskrankheiten
 Nephrologie
 Onkologie (inkl. Strahlentherapie)

Chirurgie

- Allgemein
 Herz / Gefäß / Thorax
 Neurochirurgie
 Orthopädie
 Trauma
 Urologie
 Bariatrisch

Hals-Nasen-Ohren (HNO)

- Hals-Nasen-Ohren (HNO)
 Gynäkologie / Geburtshilfe
 Neurologie
 Psychiatrie
 Pädiatrie
 Interdisziplinäre Station
 Langzeitpflege
 "Krankenhausversorgung zu Hause"
 Andere

1b. Nur für chirurgische Stationen

- a) Machen Sie ERAS?\*
b) Verfügen Sie über ein ERAS-Protokoll?
c) Haben Sie ein ERAS-Team?
d) Prüfen Sie Ihre ERAS-Ergebnisse/ Praxis?

2. Anzahl stationärer Patienten zu Mittag

3. Maximale Bettenkapazität der Station

4. Anzahl der Personen, die in der heutigen Frühschicht auf der Station arbeiten (ohne Reinigungskräfte/Personal für nDay)

Table with 2 columns: fertig ausgebildet, in Ausbildung. Rows include: ÄrztInnen, MedizinstudentInnen, Examierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen, DiätologInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, Verwaltungspersonal, Andere Personen beteiligt an der Patientenversorgung

5. Gibt es im Krankenhaus ein übergeordnetes Ernährungsteam?  Ja  Nein  Ich weiß es nicht

6. Gibt es eine übergeordnete Strategie zur Ernährungsversorgung auf der Station?  Ja  Nein  Ich weiß es nicht

7. Gibt es eine zuständige Ansprechperson für klinische Ernährungsfragen auf der Station?  Ja  Nein  Ich weiß es nicht

8. Ist ein(e) Diätologe(in), Ernährungswissenschaftler(in)/Ökotrophologe(in) verfügbar für die Station?  Ja  Nein  Ich weiß es nicht

9. Ist Personal eigens dafür zuständig Patienten beim Essen zu helfen?  Ja  Nein  Ich weiß es nicht

10. Welche Screening-/Monitoringmethode verwenden Sie hauptsächlich? (nur eine Antwort pro Spalte möglich)

Bei der Aufnahme

- Kein routinemäßiges Screening
 Keine bestimmten Kriterien
 Erfahrung/visuelle Beurteilung
 Wiegen/BMI-Berechnung
 Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 Malnutrition Screening tool (MST)
 SNAQ
 Andere offizielle Methode

Während dem Krankenhausaufenthalt

- Kein routinemäßiges Monitoring
 Keine bestimmten Kriterien
 Erfahrung/visuelle Beurteilung
 Wiegen/BMI-Berechnung
 Andere offizielle Methode

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 1b

www.nutritionDay.org



Datum

Calendar input field

Zentrumscode

Text input field

Stationscode

Text input field

11a. Wird die klinische Ernährung Richtlinien oder Standards entsprechend durchgeführt?  Ja  Nein

11b. Wenn ja, welche verwenden Sie hauptsächlich?

- Internationaler Richtlinien, Nationale Richtlinien, Lokale Standards auf Krankenhausebene, Lokale Standards auf Stationsebene, Individuelle, patientenbezogene Ernährungspläne, Anderes

12. Was wird auf Ihrer Station routinemäßig für folgende Patientengruppen gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

Table with 5 columns: Action, Ernährungsrisiko, Mangelernährung, Jedem, Keinem. Rows include: Kontrolliertes Zuwarten, Ernährung bei der Visite besprechen, Einen Ernährungsplan erstellen, Ernährungstherapie starten, Eine Ernährungsfachkraft anfordern, Andere Experten beiziehen, Energiebedarf berechnen, Proteinbedarf berechnen

13. Wie oft wiegen Sie routinemäßig Ihre Patienten? (Mehrfachantworten möglich)

- Bei der Aufnahme, Innerhalb 24 Stunden, Innerhalb 48 Stunden, Innerhalb 72 Stunden, Einmal wöchentlich, Gelegentlich, Wenn erforderlich, Bei der Entlassung, Nie

14. Wie wird eine ausreichende Nahrungsaufnahme der Patienten auf der Station unterstützt? (Mehrfachantworten möglich)

- Zusätzliche oder Zwischenmahlzeiten anbieten, Menüauswahl anbieten, Unterschiedlichen Portionsgrößen anbieten, Appetitliche Speisenpräsentation beachten, Bei Bedarf Nahrungsmitteltextur- und konsistenz verändern, Schwierigkeiten mit Essen und Trinken beachten, Auf ungestörte Essenszeiten achten, Positive Atmosphäre beim Essen schaffen, Kulturelle/religiöse Präferenzen und Gewohnheiten berücksichtigen, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten beachten, Anderes

15. Welche ernährungsbezogenen Standards und routinemäßigen Aktivitäten treffen zu? (Mehrfachantworten möglich)

- Fortbildungen werden angeboten, Ernährungsbezogene Belange werden an die Krankenhausleitung kommuniziert, Kennzahlen werden an externe Interessensgruppen auf nationaler oder regionaler Ebene kommuniziert, Kennzahlen werden für interne Leistungsvergleiche verwendet, Patientenbefragungen zur Essens- und Servicequalität werden durchgeführt

16. Was wird bei der Patientenaufnahme gefragt und dokumentiert? (Mehrfachantworten möglich)

- Gewichtsveränderung des Patienten, Essgewohnheiten/-schwierigkeiten, Ernährung vor der Krankenhausaufnahme

17a. Die Patientenakte enthält einen Abschnitt über

- den Ernährungs-/Mangelernährungsstatus des/der Patienten(in), die Ernährungstherapie, Ich weiß es nicht

17b. Entlassungsbrief beinhaltet

- Ernährungstherapie während des Aufenthalts, zukünftige Empfehlungen zur Ernährungstherapie, Ich weiß es nicht

18. Gibt es Informationsbroschüren zum Thema Ernährung für mangelernährte Patienten/Risikopatienten?  Ja  Nein

19. Von wem wurde dieser Bogen ausgefüllt? (Mehrfachantworten möglich)

- Stationsleitung, Diätologen, Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Arzt/Ärztin, Verwaltungspersonal, Andere



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	<b>ALLGEMEINE KOMORBIDITÄTEN</b>
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

Patientennummer

9. Infusionen (HEUTE)

Elektrolytlösung (NaCl, Ringer-Laktat, etc.)

5% Glukoselösung

10. Anzahl der geplanten Trinknahrungen (HEUTE)

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

Reguläre Krankenhauskost	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Angereicherte Krankenhauskost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezialdiät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protein-/Energiesupplement (z.B. Trinknahrung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enterale Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenterale Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Zentralvenös	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Periphervenös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasogastral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasojejunal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasoduodenal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enterostomal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perkutane endosk. Gastrostomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perkutane endosk. Jejunostomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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:

Festlegung des Energiebedarfs	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht
Festlegung des Proteinbedarfs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentation der Nahrungsaufnahme in der Patientenakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellung eines Ernährungstherapieplans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfordern eines Ernährungsexperten/einer Ernährungsexpertin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentation von Mangelernährung in der Patientenakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



Datum

Patientennummer

**NUR CHIRURGISCHE PATIENTEN:**

**16a. Bereits erfolgte Operation seit Krankenhausaufnahme**

- Ja, geplante Operation
- Ja, ungeplante Operation
- Tage seit der Operation
- Nein

**16b. Geplante Operation während dieses Krankenhausaufenthalts**

- Ja, am nächsten Tag
- Ja, später
- Nein

**17. Art der Operation (Einzelauswahl)**

- Direkt nach Aufnahme operiert (akut)
- Geplant nach außerplanmäßiger Aufnahme
- Geplant nach geplanter Aufnahme
- Keine der oben genannten Möglichkeiten
- Ich weiß es nicht
- Nicht anwendbar (NA)

**18. Chirurgischer Eingriff (Einzelauswahl)**

- Offene Operation inklusive Konversion
- Minimalinvasive Chirurgie (Laparoskopie, Robotik usw.)

**19. Dauer der Operation**

- Kleiner Eingriff (<1Stunde)
- Großer Eingriff (>1Stunde)

**20. Operiertes Hauptorgan / chirurgischer Eingriff, geplant oder durchgeführt (Einzelauswahl)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Speiseröhre              | <input type="radio"/> Bariatrisch       |
| <input type="radio"/> Magen                    | <input type="radio"/> Hüftgelenkersatz  |
| <input type="radio"/> Leber                    | <input type="radio"/> Kniegelenkersatz  |
| <input type="radio"/> Pankreas                 | <input type="radio"/> Lunge             |
| <input type="radio"/> Kolorektal               | <input type="radio"/> Herz              |
| <input type="radio"/> Urologie                 | <input type="radio"/> Gefäß             |
| <input type="radio"/> Gynäkologische Onkologie | <input type="radio"/> Sonstiges         |
| <input type="radio"/> Gynäkologie              | <input type="radio"/> Ich weiß es nicht |
| <input type="radio"/> Urologische Onkologie    |   |
| <input type="radio"/> Zystektomie              |   |

**21. Hinweise zum Einsatz einer Ernährungstherapie (Einzelauswahl)**

- Keine Angabe
- Voraussichtlich verlängertes postoperatives Fasten
- Präoperative Mangelernährung
- Laufende chirurgische Komplikation
- Der Patient isst nicht genug
- Sonstiges
- Ich weiß es nicht

**22. Tage seit Beginn der Ernährungstherapie**



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                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht |
| ...über Ihre Ernährungssituation informiert wurden                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                   |
| ...über Möglichkeiten einer Ernährungsbehandlung aufgeklärt wurden | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                   |
| ...im Krankenhaus eine spezielle Ernährungstherapie erhalten haben | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                   |

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




**Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber**  
 Diese Informationen werden nur von der Station verwendet.

Patientennummer	Entlassungsdatum	Entlassungsdiagnose (siehe Codes in Box 1)	Zusätzliche ICD-10 Codes Geben Sie bis zu 6 Codes ein, in gleicher Reihenfolge wie in Ihren Unterlagen			Outcome Code (siehe Codes in Box 2)		Wiederaufnahme Code (siehe Codes in Box 3)	Aufnahme in die Intensivstation innerhalb von 30 Tagen nach nDay	Re-operiert nach nDay unter Vollnarkose	Wie viele Tage nach nDay
			ICD-10code	ICD-10code	ICD-10code	Code	Code				
123456	tt.mm.jj	ICD-10code	1	2	3						
			4	5	6						
			1	2	3						
			4	5	6						
			1	2	3						
			4	5	6						

Diese Informationen sind für die Eingabe in die nutritionDay-Datenbank bestimmt.

**1. Verwenden Sie bitte unten angeführte Codes oder ICD-10 Codes**

- 0100 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 0200 Neubildungen
- 0300 Blut, blutbildende Organe und Immunsystem
- 0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 0500 Psychische und Verhaltensstörungen
- 0600 Nervensystem
- 0700 Augen und Augenanhangsgebilde
- 0800 Ohren und Warzenfortsatz
- 0900 Kreislaufsystem
- 1000 Atmungssystem

- 1100 Verdauungssystem
- 1200 Haut und Unterhaut
- 1300 Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- 1400 Urogenitalsystem
- 1500 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 1600 Zustände, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt
- 1700 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- 1800 Symptome, abnorme klinische und Laborbefunde
- 1900 Verletzungen und Vergiftungen
- 2000 Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
- 2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

**2. Outcome Code**

- 1 Noch im KH
- 2 Transfer in anderes KH
- 3 Langzeitpflege
- 4 Rehabilitation
- 5 Entlassung nach Hause
- 6 Tod
- 7 Anderes

**3. Readmission Code  
(wiederaufgenommen seit nutritionDay)**

- 1 Nein
- 2 Ja, gleiches Krankenhaus geplant
- 3 Ja, gleiches Krankenhaus ungeplant
- 4 Ja, anderes Krankenhaus geplant
- 5 Ja, anderes Krankenhaus ungeplant
- 6 Ich weiß es nicht


**Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber**  
 Diese Informationen werden nur von der Station verwendet.

Patientennummer	Entlassungsdatum	Entlassungsdiagnose (siehe Codes in Box 1)	Zusätzliche ICD-10 Codes Geben Sie bis zu 6 Codes ein, in gleicher Reihenfolge wie in Ihren Unterlagen			Outcome Code (siehe Codes in Box 2)	Wiederaufnahme Code (siehe Codes in Box 3)	Aufnahme in die Intensivstation innerhalb von 30 Tagen nach nDay	Re-operiert nach nDay unter Vollnarkose	Wie viele Tage nach nDay
			ICD-10code	ICD-10code	ICD-10code					
123456	tt.mm.jj	ICD-10code	1	2	3					
			4	5	6					
			1	2	3					
			4	5	6					
			1	2	3					
			4	5	6					
			1	2	3					
			4	5	6					

Diese Informationen sind für die Eingabe in die nutritionDay-Datenbank bestimmt.