



**Patient:innen Nummer**

**Geburtsjahr (JJJJ)**

**Gewicht (kg)**

**Größe (cm)**


**Geschlecht**

- Weiblich  Männlich  Anderes

**6. Wie viel von Ihrer Hauptmahlzeit haben Sie GESTERN gegessen?**



Alles



1/2



1/4



Nichts

**1. Mein heutiger Grund für den Arztbesuch ist:\***

- Ich habe Schmerzen
- Ich fühle mich müde/schwach
- Ich habe Fieber/Erkältung
- Impfung
- Ich habe neue Symptome
- Es ist ein Routinebesuch
- Ich habe einen Hautausschlag
- Anderer Grund



**7. Wenn Sie HEUTE nicht alles gegessen haben, was war der Grund?**

- Ich hatte nicht meinen üblichen Appetit
- Geruch und/oder Geschmack des Essens mochte ich nicht
- Ich hatte Probleme beim Kauen/Schlucken
- Ich war nicht hungrig
- Ich durfte nichts essen
- Ich war zu müde
- Anderer Grund
- Unzutreffend
- Ich weiß es nicht



**2. Ich verspüre folgende Symptome/Anzeichen:\***

- Trockener Mund
- Schmerzen nach dem Essen
- Verstopfung
- Übelkeit/Erbrechen
- Schluckprobleme
- Zahnprobleme
- Blähungen
- Durchfall
- Keines dieser Symptome



**8. Waren Sie kürzlich im Krankenhaus oder wurden Sie operiert?**

	Krankenhausaufenthalt	Operation
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, innerhalb des letzten Monats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, innerhalb der letzten 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, innerhalb der letzten 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, innerhalb des letzten Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, vor mehr als einem Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Haben Sie in den letzten 3 Monaten abgenommen?**

- Ja, absichtlich
- Ja, ungewollt
- Bitte geben Sie an, wie viel:
  - 0-2 kg
  - 2-4 kg
  - 4-6 kg
  - 6-8 kg
  - >8 kg
- Nein, mein Gewicht ist gleich geblieben
- Nein, ich habe zugenommen
- Ich weiß es nicht



**9. Können Sie heute ohne Hilfe gehen?**

- Ja
- Ja, selbstständig aber mit Gehstock, Gehhilfe oder Krücken
- Nein, nur mit Hilfsperson
- Nein, ich benutze einen Rollstuhl



**10. Wie gut fühlen Sie sich heute?**



Sehr Gut



Gut



OK



Schlecht



Sehr Schlecht

**4. Bitte wählen Sie aus, welche Diät Sie befolgen:\***

- Ich habe diätetische Einschränkungen
- Ich habe eine Nahrungsmittelallergie
- Ich esse vegan oder vegetarisch
- Ich esse wenig Fleisch
- Ich esse viel Protein
- Ich halte keine bestimmte Diät



**11. Wie viele unterschiedliche Medikamente nehmen Sie pro Tag ein?**

Keine

1-2

3-4

5-6

Mehr als 6



**5. Wie viel haben Sie LETZTE WOCHE gegessen?**

- Mehr als normal
- Normal
- Etwa 3/4 von normal
- Etwa 1/2 so viel wie normal
- Etwa 1/4 bis kaum etwas
- Ich weiß es nicht



**Bitte nehmen Sie diesen Fragebogen zu dem Gespräch mit!**



Center code:

Doctor code:

(gilt für alle Behandler:innen/Ärzt:innen)

Patient:innen Nummer:

Datum (tt.mm.jj):

Hausbesuch:

 Ja  Nein

Einwilligung des/der Patient:in:

 Ja  Nein

Zeitraum des letzten Besuchs:

- <2 Wochen
- 2-4 Wochen
- 1-3 Monate
- 3-12 Monate
- >1 Jahr

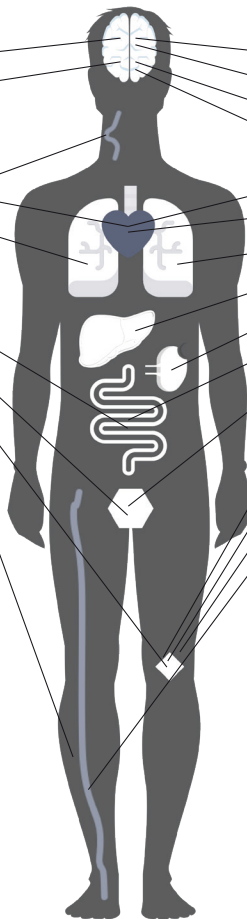
Patient:in kam wegen:\*

- Erstkontakt / Neupatient:in
- Kurzfristiger Probleme
- Langfristiger Probleme
- Impfung
- Routinebesuch bei chronischer Erkrankung
- Vorsorgeuntersuchung
- Anderer Grund

1. Was ist der Hauptgrund für den Besuch?\*

2. Welche Bedingungen/Komorbiditäten hat der/die Patient:in?\*

- ICD-10 Diagnosen**
- Nervensystem
  - Psychische und Verhaltensstörungen
  - Augen und Augenanhangsgebilde
  - Ohren und Warzenfortsatz
  - Kreislaufsystems
  - Atmungssystem
  - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
  - Verdauungssystem
  - Urogenitalsystem
  - Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
  - Haut und Unterhaut
  - Infektiöse und parasitäre Krankheiten
  - Neubildungen
  - Blut, blutbildenden Organe und Immunsystem
  - Symptome, abnorme klinische und Laborbefunde
  - Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (z.B. Verkehrsunfall, Körperverletzung)
  - Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
  - Zustände, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt
  - Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten
  - Verletzungen und Vergiftungen
  - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen ...
  - Nichts des oben Genannten



- SPEZIFISCHE KOMORBIDITÄTEN**
- Zerebrovaskuläre Erkrankung
  - Demenz
  - Starke Depression
  - Chronische psychische Erkrankung
  - Myokardinfarkt
  - Herzinsuffizienz
  - Chronische Lungenerkrankung
  - Chronische Lebererkrankung
  - Chronische Nierenerkrankung
  - Magen-Darm-Erkrankungen/Probleme
  - Urologische Erkrankung/Probleme
  - Muskuloskeletale Erkrankungen
  - Arthritis
  - Hautprobleme
  - Periphere Gefäßerkrankung
- ALLGEMEINE KOMORBIDITÄTEN**
- Schmerz
  - Ermüdung
  - Infektion
  - Diabetes
  - Hypertonie
  - Hyperlipidämie
  - Endokrine Erkrankung
  - Krebs (aktiv)
  - Krebs (anamnestisch)
  - Andere chronische Erkrankung
- ANDERE KOMORBIDITÄTEN**
- KEINE KOMORBIDITÄTEN

3. Ernährungstherapie

Aktuell Geplant

Normalkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angereicherte Kost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protein-/Energiesupplement (z.B. Trinknahrung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enterale Ernährung (Sonde, PEG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenterale Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezialdiät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Aus heutiger Sicht geplante Interventionen\*

- Verschreiben einer neuer medizinischen Therapie
- Berufliche Krankschreibung
- Überweisung zu einem Spezialisten
- Überweisung zur diätologischen Beratung
- Überweisung zur Physiotherapie
- Einweisung ins Spital
- Einweisung in eine Pflegeeinrichtung
- Bestellung von Laborergebnissen, anderen Tests
- Nichts weiteres geplant
- Geplanter nächster Besuch

5. Patient:innen Outcome nach 6 Monaten

- Anzahl der Hausarztkontakte Besuche, E-Mails und Telefonate
- Anzahl Krankenhausaufnahmen

- Ernährungstherapie begonnen
  - Enterale Ernährung
  - Parenterale Ernährung
  - Trinknahrung
  - Spezialdiät
  - Ernährungsberatung

- In eine Pflegeeinrichtung aufgenommen
- Gesundheitsproblem gelöst
- Kein Follow-up notwendig
- Kein Follow-up möglich
- Weitere Behandlung/Sonstiges
- Verstorben