
Name

Vorname

Geburtsdatum

Datum heute

Ein paar Fragen an Sie, die uns helfen, Ihre momentane Situation besser einzuschätzen:

Größe cm

Gewicht aktuell kg

Gewicht vor Erkrankung kg

Hat Ihre Nahrungsaufnahme in den letzten 3 Monaten abgenommen ja nein

Warum?

Durchfall?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erbrechen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kau- und Schluckschwierigkeiten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wieviel Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? _____

Wie groß sind Ihre Portionen, wieviel können Sie noch essen?



ca. 100 %

ca. 75 %

ca. 50 %

< 25 %

Wieviel trinken Sie pro Tag? _____ < 1l 1-2l > 2l

Fühlen Sie sich kraftlos? _____ ja nein

Fühlen Sie sich müde? _____ ja nein

Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? _____ ja nein

Wieviel Stockwerke können Sie ohne Pause nach oben gehen? _____

Machen Sie Sport? _____ ja nein

Wünschen Sie eine Ernährungsberatung? _____ ja nein

Arzt: BMI ja nein
BIA Messung ja nein
CRP & Albumin ja nein
Ernährungsberatung ja nein