

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum heute \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ cm  
Größe

\_\_\_\_\_ kg  
Gewicht aktuell

\_\_\_\_\_ kg  
Gewicht vor Erkrankung

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"/>
	Verdaunungsprobleme?	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

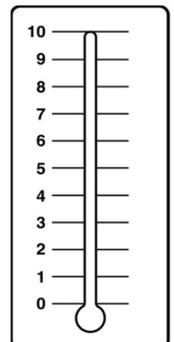
Wieviel Stockwerke können Sie ohne Pause nach oben gehen? \_\_\_\_\_

Machen Sie Sport? \_\_\_\_\_ ja  nein

Wünschen Sie eine Ernährungsberatung? \_\_\_\_\_ ja  nein

Wie belastet fühlen Sie sich in den letzten sieben Tagen?

sehr belastet



nicht belastet

Arzt:	BMI	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	BIA Messung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	CRP & Albumin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Ernährungsberatung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>