

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 nein
Übelkeit? ja nein
Erbrechen? ja nein
Appetitlosigkeit? ja nein
Kau- und Schluckschwierigkeiten? ja nein
Verdauungsprobleme? ja nein

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

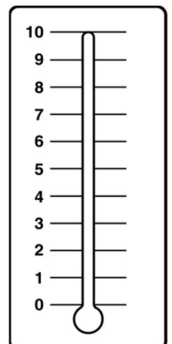
Wieviel Stockwerke können Sie ohne Pause nach oben gehen? _____

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 nein
BIA Messung ja nein
CRP & Albumin ja nein
Ernährungsberatung ja nein