

Besuchsbericht Enterale Ernährungstherapie

Besuchsdatum _____

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____



Telefon 09 11 - 89 19 162

Fax 09 11 - 89 19 165

Geb. _____

Größe _____ cm Gewicht. _____ kg _____ kg Gewichtszunahme / -abnahme

orale Ernährung

Nahrungsmenge

Flüssigkeit

keine orale Kost

ganze Portion

ausreichend

passierte Kost

halbe Portion

_____ ml

breiige Kost

1/3 Portion

Trinknahrung

flüssige Kost

löffelweise

enterale Ernährung:

Sondenkost _____ Menge _____ ml

_____ ml

Flüssigkeit _____ ml

Sondenart _____

Verbandwechsel ja

nein

Sondenaustrittsstelle unauffällig

gerötet

Sekretabsonderung

Schmerzen

Bestand _____

nächster Liefertermin _____ Anzahl der Liefertage _____

Mitarbeiter SPK _____ Telefonnummer _____

Bemerkungen _____

Unterschrift: