

## 1. Messung

☐ Interventionsmessung    ☐ Nullwertmessung

Hinweis: Bitte geben Sie für den Behandlungsfall an, ob dieser für eine Nullwertmessung oder eine Interventionsmessung dokumentiert wird.

## 2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV -   -      -    

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

## 3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

         

## 4. Pseudonym

     

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet.

## 5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

  .   .    

## 6. Geschlecht

☐ männlich    ☐ weiblich    ☐ divers    ☐ unbestimmt

## 7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse gemäß Projektplan

nach ARGE-IK

         

## 8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts

--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

[illegible]

--	--	--	--	--

[illegible]

--

--	--	--	--	--

Seite 2 von 8

**16. In welchem medizinischen Fachbereich wird die Patientin/der Patient behandelt?**

- ☐ Geriatrie
- ☐ Onkologie
- ☐ Viszeralchirurgie
- ☐ Intensivmedizin
- ☐ Anderer

**17. Wurde ein Screening auf eine Mangelernährung bzw. auf ein Risiko für eine Mangelernährung durchgeführt?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**18. Welches Screening-Instrument wurde verwendet?**

- ☐ MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)
- ☐ NRS (Nutrition Risk Score)
- ☐ MNA (Mini Malnutrition Assessment)
- ☐ SGA (Subjective Global Assessment)
- ☐ Anderes:

**19. Liegt eine Mangelernährung bzw. ein Risiko für eine Mangelernährung vor?**

☐ ja

☐ nein/unbekannt **(Dokumentation beendet!)**

**20. Wurde ein standardisiertes Ernährungs-Assessment durchgeführt?**

☐ ja

☐ nein

**Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das Ernährungs-Assessments durchgeführt wurde.**

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**21. Erhielt die Patientin/der Patient eine Ernährungstherapie zur Behandlung einer Mangelernährung oder eines Risikos für eine Mangelernährung?**

☐ ja

☐ nein

**22. Bitte geben Sie die Körpergröße der Patientin/des Patienten an.**

in cm

--	--	--	--

**23. Bitte geben Sie das Gewicht der Patientin/des Patienten bei Aufnahme an.**

in kg

			.	
--	--	--	---	--

## 24. Die beiden nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Handkraftmessung bei der Aufnahme.

**Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der rechten Hand an.**

in kg

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung, paretischer Hände, etc.).

		,	
--	--	---	--

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung an der rechten Hand war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation, etc.).

*Hinweis: Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90-Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den höchsten gemessenen Wert pro Hand in kg an.*

**Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der linken Hand an.**

in kg

		,	
--	--	---	--

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung an der linken Hand war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation, etc.).

*Hinweis: Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90-Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den höchsten gemessenen Wert pro Hand in kg an.*

**25. Wurde eine Ernährungsberatung angeboten?**

- ☐ nein
- ☐ ja, der Patientin/dem Patienten
- ☐ ja, (einer/einem) Angehörigen
- ☐ ja, (einer/einem) Pflegenden der Patientin/des Patienten

**26. Erfolgte eine Überprüfung der Ernährungstherapie bzw. eine Wiederholung des Ernährungs-Assessments?**

- ☐ ja ☐ nein

**Wie häufig wurde eine Wiederholung des Ernährungs-Assessments durchgeführt?**

--	--	--

**Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das letzte Ernährungs-Assessment durchgeführt wurde.**

Format: TT.MM.JJJJ

		.				
--	--	---	--	--	--	--

**27. Bitte geben Sie das Gewicht der Patientin/des Patienten am Tag vor der Entlassung an.**

in kg

			.	
--	--	--	---	--

## 28. Die beiden nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Handkraftmessung am Tag vor der Entlassung.

**Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der rechten Hand an.**

in kg

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung, paretischer Hände, etc.).

		,	
--	--	---	--

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung an der rechten Hand war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation, etc.).

*Hinweis: Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90-Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den höchsten gemessenen Wert pro Hand in kg an.*

**Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der linken Hand an.**

in kg

		,	
--	--	---	--

- ☐ Die Durchführung der Handkraftmessung an der linken Hand war aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation, etc.).

*Hinweis: Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90-Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den höchsten gemessenen Wert pro Hand in kg an.*

**29. Welche Form der Ernährung oder des Ernährungssupports erhält die Patientin/der Patient zum Zeitpunkt der Entlassung nach dem Stufenschema der Ernährung?**

- ☐ Stufe I: Orale Ernährung (Normalkost; Sonderkostform; Speisenanreicherung)
- ☐ Stufe II: Orale Ernährung + orale bilanzierte Diäten (OBD)
- ☐ Stufe III: (Stufe I, Stufe II) + supplementierende enterale/parenterale Ernährung
- ☐ Stufe IV: Totale enterale Ernährung
- ☐ Stufe V: Enterale Ernährung + parenterale Ernährung
- ☐ Stufe VI: Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung
- ☐ Stufe VII: Totale parenterale Ernährung

**30. Erhielt die Patientin/der Patient einen Entlassbrief?**

- ☐ ja
- ☐ nein

*Hinweis: Der Entlassbrief richtet sich gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement an die weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, in dem alle relevanten Informationen wie bspw. Epikrise, weiteres Prozedere/Empfehlungen oder verordnete Arzneimittel weitergegeben werden.*

**Enthält der Entlassbrief das Gewicht bei Entlassung?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**Enthält der Entlassbrief Angaben zum Verlauf und zu den Maßnahmen der Ernährungstherapie?**

- ☐ ja
- ☐ nein

**Enthält der Entlassbrief ernährungsbezogene Handlungsempfehlungen für die Versorgung nach der Entlassung?**

- ☐ ja
- ☐ nein