

Name, Vorname des Gastes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wann frühstückt Bewohner, würde er auch schon eher essen/ Suppe trinken?	
Was bevorzugt er zum Frühstück?/ Was lehnt er ab?	
Was bevorzugt er zum Mittagessen? / Was lehnt er ab?	
Was bevorzugt er zu den Zwischenmahlzeiten?/ Was lehnt er ab?	
Was bevorzugt er zum Abendbrot? Was lehnt er ab?	
Würde er / kann er nachts etwas zu sich nehmen? Was? Wie?	
Welche Konsistenz der Lebensmittel bevorzugt er?	
Können Nahrungsmittel/ Getränke mit Kalorien angereichert angeboten werden? Wann? Welche?	
Wie groß ist für ihn eine angemessene Portion?	
Welche Mahlzeiten isst er meist auf?	
Welche Mahlzeiten isst er selten auf?	
Welche Mahlzeiten isst er nie auf?	
Kann er selbständig schmieren und schneiden?	
Kann er selbständig Besteck zum Mund führen?	
Wie kann er Arme und Hände einsetzen?	
Kann er selbständig Trinken eingießen und Trinkgefäß zum Mund führen?	
Kann er selbständig zu den Mahlzeiten kommen?	
Kann er selbständig Getränke erreichen?	



Versteckt er Lebensmittel?	
Schüttet er Getränke unbeaufsichtigt weg?	
Welche Getränke bevorzugt er? Welche lehnt er ab? Welche Konsistenz bevorzugt er?	
Wann trinkt er gern und mindestens 200 ml? Wann trinkt er nur wenige Schlucke und ungerne?	
Hat er Angst vor Inkontinenz und häufigen Toilettengängen?	
Hat er eine Kaustörung?	
Hat er eine Schluckstörung?	
Hat er Schmerzen? Welche? Medikation?	
Sind Zähne/ Prothesen und Zahnfleisch intakt?	
Leidet er an einer kognitiven Überforderung (weiß nichts mit dem Essen anzufangen)?	
Wann ist er müde? Wann ist er wach?	
Wie kann er sehen, hören, riechen, schmecken?	
Gibt es Nebenwirkungen von Medikamenten? Verstopfung? Durchfall? Müdigkeit? Entwässerung?	
Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien oder Stoffwechselstörungen?	
Gibt es kulturelle oder religiöse Gründe für eine Nahrungsablehnung?	
Leidet er an einer Krankheit die das Ess – und Trinkverhalten beeinflusst?	
Wie ist sein Verhältnis zu den Versorgungspersonen?	

Abgeleitete Maßnahmen: