

Übersicht Kochen und Essen für

(Name der Patientin/des Patienten)

Anwesen- heit/ Datum	Esstempo				Essensmenge				Aktive Beteiligung			Symptomatisches Essverhalten/ Auffälligkeiten	Schwierigkeit des Gerichts		
	zl	ok	zs	0	zw	ok	zv	ja	nein	Kochen	Gespräch		l	m	s
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															

Esstempo:

zl=zu langsam, ok= in Ordnung, zs=zu schnell

Essensmenge:

0= gar nichts gegessen, zw = zu wenig, ok = in Ordnung, zv = zu viel

Schwierigkeit des Gerichts:

l= leicht, m = mittel, s = schwierig (Einschätzung durch die Ernährungstherapeutin/den Ernährungstherapeuten)