

Name, Vorname:		Datum:	
Geburtsdatum:		In der Einrichtung seit:	
Abteilung:		Handzeichen:	

- Leichte Vollkost
- Vollkost ohne Zucker
- Reduktionskost mit 1200 kcal (5040 kJ)
- Diabeteskost mit individueller BE-Verteilung

Gesamt- BE	1. Früh	2. Früh	Mittag	Nach- mittag	Abend	Spät
BE	BE	BE	BE	BE	BE	BE

Verteilung bitte vollständig angeben. Ohne genaue BE-Angabe wird Vollkost ohne Zucker gegeben.

- Cholesterinsenkende / triglyceridsenkende Kost
- Purinarmer Kost
- Hochkalorische Kost (720kcal entspricht: 100g Maltodextrin, 20 g Öl, 50g Schlagsahne 30%Fett)
- Sonderdiäten (Bitte Indikation und Prinzip angeben)

---



---



---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Eine genaue Beschreibung der einzelnen Kostformen nach Prinzip und Indikation finden Sie im Diätkatalog (Pflegedienst oder Küche).

