

# Vermeidung von Gewichtsverlust bei onkologischer Erkrankung

## PATIENTENBLATT

Vorname

Meine Körpergröße

Familienname

Mein Gewicht vor der  
Erkrankung / Datum

Geburtsdatum

Mein derzeitiges  
Gewicht / Datum

SV-Nummer

Gewichtsverlust

Adresse

Persönliche Notizen:

Telefonnummer

Stempel der Onkologieambulanz  
bzw. der Ordination:

Stempel Diätologie:

Behandelnder Arzt:

Erstberatung durch die Diätologie am:



# Anleitung zur Beurteilung des Körpergewichts - Teil 1

## WIE STEHT ES UM MEINEN GEWICHTSVERLAUF?

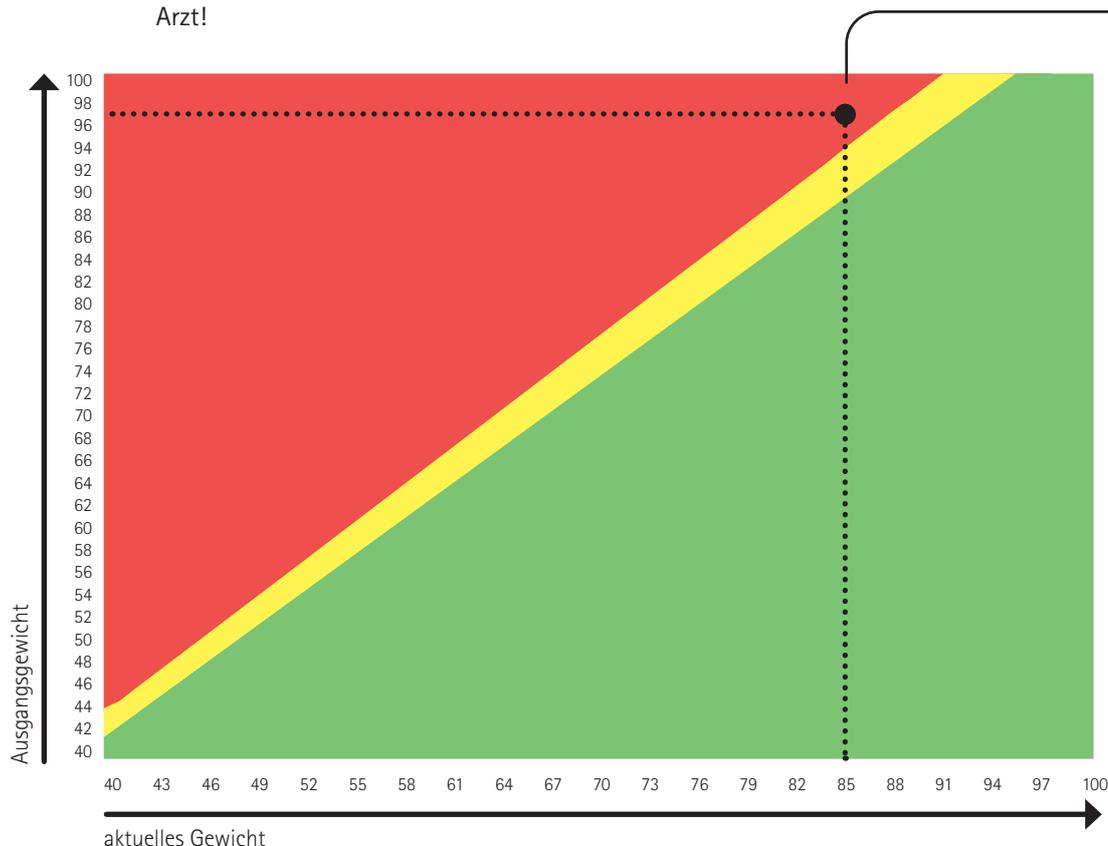
Anleitung zur Beurteilung des Körpergewichts:

- Die Achse von oben nach unten steht für Ihr Ausgangsgewicht.
- Die Achse von links nach rechts stellt Ihr aktuelles Gewicht dar.
- Ziehen Sie mit Ihrem Finger eine Linie von Ihrem Ausgangsgewicht nach rechts über die Abbildung. Danach ziehen Sie eine Linie von Ihrem aktuellen Gewicht nach oben über die Abbildung. An dem Punkt, an dem sich beide Linien kreuzen, ist Ihr Gewichtsverlust einzuordnen.
- Ein Gewichtsverlust von 5 % innerhalb eines Monats deutet auf einen signifikanten bzw. schweren Gewichtsverlust hin.<sup>1</sup>
- Ein Gewichtsverlust von 10 % innerhalb von 6 Monaten ist ein deutlicher Gewichtsverlust, der eine engmaschige Beobachtung erfordert.

● Grüner Bereich: Keine Intervention erforderlich.

● Gelber Bereich: Besprechen Sie den Gewichtsverlust mit Ihrem Arzt.

● Roter Bereich: Eine ehestmögliche Ernährungstherapie ist erforderlich. Bitte wenden Sie sich umgehend an Ihren Arzt!



**Beispiel für die Anwendung der Gewichtsverlaufskurve:**

Ausgangsgewicht des Patienten: 97 kg  
Aktuelles Gewicht: 85 kg

Dieser Patient liegt im roten Bereich. Dies deutet auf einen Gewichtsverlust von mehr als 10 % hin. Der Patient sollte ehestmöglich eine Ernährungstherapie in Anspruch nehmen.

Abbildung 1: Beurteilung des Körpergewichts (modifiziert nach Biesalski 2018\*)

<sup>1</sup> Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Pirlich, M. & Weimann, A. (2018). Ernährungsmethoden. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.



## Anleitung zur Beurteilung des Körpergewichts – Teil 2

# LIEGT BEI MIR EIN RISIKO FÜR MANGELERNÄHRUNG VOR?

**In welchem Bereich liegt Ihr Gewichtsverlauf laut Gewichtsverlaufskurve?**

- grüner Bereich (0 Punkte)
- gelber Bereich (1 Punkt)
- roter Bereich (2 Punkte)
- Punkte:

**Leiden Sie in letzter Zeit unter folgenden Beschwerden?**

(Pro angekreuzter Auswahlmöglichkeit 1 Punkt)

- Keine Beschwerden (0 Punkte)
- Übelkeit/Erbrechen
- Durchfall
- Appetitverlust
- Kau- oder Schluckbeschwerden
- Müdigkeit und/oder Schwäche
- Punkte:

**Haben Sie in den letzten drei Monaten weniger gegessen als früher? (Ja = 2 Punkte | nein = 0 Punkte)**

- Ja       Nein
- Punkte:

Punkte gesamt:

### Auswertung

0–2 Punkte: Geringes Risiko für Mangelernährung – wiederholen Sie das Screening monatlich

3–4 Punkte: Mittleres Risiko für Mangelernährung – besprechen Sie ihr Ergebnis mit Ihrem behandelnden Arzt

> 4 Punkte: Hohes Risiko für Mangelernährung – vereinbaren Sie ehestmöglich einen Termin mit Ihrem behandelnden Arzt und fordern Sie eine Ernährungstherapie bei einem Diätologen ein

Datum der Durchführung: \_\_\_\_\_

zugewiesen von:  
Unterschrift oder Stempel des behandelnden Arztes

# Hilfestellung zur Beurteilung des Ernährungsverhaltens

## MEIN ERNÄHRUNGSPROTKOLL

Datum/Wochentag

Besondere Ereignisse

Frühstück

Vormittags-  
jause

Mittagessen

Nachmittags-  
jause

Abendessen

Spätmahlzeit

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

Speisen

Getränke

Datum/Wochentag

Besondere Ereignisse

Frühstück

Vormittags-  
jause

Mittagessen

Nachmittags-  
jause

Abendessen

Spätmahlzeit

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

\_\_\_ Uhr

Speisen

Getränke

# Hilfestellung zur Beurteilung des Ernährungsverhaltens

## MEIN ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

		Datum/Wochentag		Besondere Ereignisse			
		Frühstück	Vormittags- jause	Mittagessen	Nachmittags- jause	Abendessen	Spätmahlzeit
		___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr
Speisen							
Getränke							

		Datum/Wochentag		Besondere Ereignisse			
		Frühstück	Vormittags- jause	Mittagessen	Nachmittags- jause	Abendessen	Spätmahlzeit
		___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr	___ Uhr
Speisen							
Getränke							

# Hilfestellung zur Beurteilung des Ernährungsverhaltens

## MEIN GEWICHTSPROTKOLL

Notieren Sie Ihr Gewicht nach Möglichkeit wöchentlich.

Datum	Gewicht (kg)	Gewichtszunahme bzw. -abnahme (kg)	Grund der Zu-/Abnahme

# Hilfestellung zur Beurteilung des Ernährungsverhaltens

## MEIN GEWICHTSPROTKOLL

Notieren Sie Ihr Gewicht nach Möglichkeit wöchentlich.

Datum	Gewicht (kg)	Gewichtszunahme bzw. -abnahme (kg)	Grund der Zu-/Abnahme