

Fragen zur Versorgung:

Name:

Geburtsdatum:

	Ja:	Nein:
Steht abwechslungsreiches Essen in genügender Menge zur Verfügung? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme beim Einkauf oder beim Transport von Nahrungsmitteln bzw. bei der Bevorratung? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann das Essen selbstständig zubereitet werden? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es im Umfeld der Nahrungsaufnahme störende oder beeinflussende Faktoren? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise auf psychische oder stressbedingte Einflussfaktoren? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Appetit oder Geschmacks- bzw. Geruchswahrnehmung verändert? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen spezifische Unverträglichkeiten gegenüber Nahrungsmitteln vor? <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>