



Meine Essens- und Speisevorlieben

Name:

Ausfülldatum:

Meine Essens- und Getränkevorlieben

Zum Beispiel Art des Essens und der Getränke sowie die gewünschte Menge.

* Die Essensauswahl muss im Rahmen des Zumutbaren liegen und berücksichtigen, was der Anbieter liefern kann.

Meine Essens- und Speisevorlieben

Wann, wo, wie und mit wem ich gerne esse.

Unterstützung, die ich möglicherweise beim Essen und Trinken benötige

Hierzu könnte Folgendes gehören:

- teilweise oder vollständige Unterstützung beim Essen und Trinken
- Teller, Schüsseln und Besteck, die so gestaltet sind, dass sie die selbstständige Nahrungsaufnahme erleichtern
- Anpassung der Ernährung gemäß den Empfehlungen der logopädischen Fachkraft.

Eventuelle gesundheitlichen Probleme, die sich auf mein Essen und Trinken auswirken

Beispiele hierfür sind Empfehlungen einer logopädischen Fachkraft, wie etwa zu Lebensmitteln mit veränderter Textur oder angedickten Flüssigkeiten, sowie Empfehlungen eines Allgemeinmediziners (GP) bei anderen gesundheitlichen Problemen.

Welche kulturellen und/oder religiösen Traditionen oder Bräuche sind für mich relevant?



Kontaktinformationen

Zum Beispiel mein*e Ernährungsberater*in, Arzt/Ärztin, Allgemeinmediziner*in (GP), Facharzt/Fachärztin, Logopäd*in, Ergotherapeut*in oder Zahnarzt/Zahnärztin.

Für Mitarbeiter*innen

Wo werden das Gewicht und das Screening auf Mangelernährung der Person erfasst?*

Sie sollten das Gewicht einer Person monatlich aufzeichnen. Bei Veränderungen oder Bedenken hinsichtlich des Gewichts ist möglicherweise eine Besprechung mit einem Ernährungsberater erforderlich.

Das Screening auf Mangelernährung muss mit einem validierten Instrument durchgeführt werden.

Hinweis: Wenn das Screening-Instrument für Mangelernährung eine Mangelernährung oder das Risiko einer Mangelernährung feststellt, sollten Sie eine Überweisung an einen Allgemeinmediziner (GP) oder einen Ernährungsberater in Erwägung ziehen.

* Listen Sie auf, wo die Angaben zum Gewicht der Person und die Informationen zum Screening auf Mangelernährung aufbewahrt werden. Tragen Sie das Gewicht nicht in dieses Formular ein.

Bei Bedarf kann die pflegebedürftige Person beim Ausfüllen dieses Formulars Unterstützung von Mitarbeiter*innen, Angehörigen, Pflegekräften oder medizinischem Fachpersonal erhalten. Fragen Sie die Person, wo in ihrem Zimmer sie dieses Präferenzformular aufbewahren möchte.

Wenn die Person, der Sie beim Ausfüllen dieses Formulars helfen, Kommunikationsschwierigkeiten hat, berücksichtigen Sie bitte Folgendes:

- Verwendung visueller Menüs, um die Person bei der Auswahl ihrer bevorzugten Mahlzeiten und Getränke zu unterstützen
- achten Sie auf die Körpersprache, Gestik und Mimik der Person, um deren Vorlieben zu verstehen.



Telefon
1800 951 822



Internet
agedcarequality.gov.au



Schreiben Sie der
Aged Care Quality and Safety Commission
GPO Box 9819, in Ihrer Hauptstadt