

**AKE Screening für die geriatrische
Langzeitbetreuung**

 Patient *Klebeetikett*

aktuelles Gewicht [kg]:	Körpergröße [m]:
BMI [kg/m²]:	
Kniehöhe [cm]: (bestimmen, wenn Körpergröße nicht korrekt messbar ist)	

A Ungewollter Gewichtsverlust während der letzten Monate?
 0 = keiner bis kleiner 5% des Ausgangsgewichts
 1 = bei BMI >22: mehr als 5% des Ausgangsgewichts
 2 = bei BMI <22: mehr als 5% des Ausgangsgewichts
 3 = mehr als 10% des Ausgangsgewichts

Punkte

B Body Mass Index (BMI) [kg/m²]
 0 = größer 22
 1 = 20–22
 2 = 18–19,9
 3 = kleiner 18

Punkte

C Kam es in den letzten 2 Monaten aufgrund von Appetitverlust, Kau- / Schluckbeschwerden oder einer intentionalen Essstörung zu einem Rückgang der Nahrungsaufnahme? Haben sich die Essenszeiten auffällig verlängert (über 30 Minuten, trotz ambitionierter Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme)?
 0 = keine auffälligen Veränderungen bzw. adäquate sondengestützte/parenterale Ernährung
 1 = auffällige Verlängerung der Essenszeiten
 3 = erheblicher Rückgang der Nahrungsaufnahme, Bolusgefahr/ Bolusereignis

Punkte

D Beweglichkeit der oberen Extremitäten
 0 = Willkürmotorik der oberen Extremitäten erhalten oder sondengestützte adäquate Ernährung
 1 = kein funktioneller Gebrauch der beiden oberen Extremitäten

Punkte

E War der Patient in den letzten 2 Monaten ernsthaft akut erkrankt oder besteht eine schwere chronische Erkrankung?
 0 = nein
 1 = ja

Punkte

F Besteht eine Demenz?
 0 = leichte oder keine Demenz
 1 = mittelgradige Demenz (MMS 7–15 Punkte)
 2 = schwere Demenz (MMS <7 Punkte)

Punkte

Ergebnis ≥ 3:
Risiko für Mangelernährung oder bereits bestehende Mangelernährung Durchgeführt von: _____

ärztlicher Kommentar: _____

Therapieziel: _____

Zufuhr: oral Trinknahrung enteral parenteral / Produkte:

Datum: _____ Arztunterschrift: _____