

## Fragen zur Versorgung:

Name:

Geburtsdatum:

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