

Cohort 1 Herstelzorg Covid Diëtetiek

1. Algemene gegevens (bij eerste consult)

Nummer	Vraag	Antwoord
1.1	Heeft de patiënt mondeling toestemming gegeven voor gebruik van de medische informatie voor doelmatigheidsonderzoek?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
1.2	Naam diëtist	<input type="text"/>
1.3	Praktijknaam	<input type="text"/>
1.4	Datum eerste consult	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd-mm-yyyy)
1.5	Verwezen door:	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Specialist
1.5.1	Indien verwezen door specialist: Welke soort specialist?	<input type="checkbox"/> Longarts <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Revalidatiearts <input type="checkbox"/> Geriater <input type="checkbox"/> Anders
1.6	In welke categorie hoort deze patiënt?	<input type="checkbox"/> Is wegens ernstige COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen en heeft daar IC-behandeling ondergaan. <input type="checkbox"/> Is wegens ernstige COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen, maar heeft daar geen IC-behandeling ondergaan. <input type="checkbox"/> Had een indicatie voor ziekenhuisopname vanwege COVID19 of verdenking daarop, maar is in de eigen woonomgeving gebleven. <input type="checkbox"/> In de eigen woonomgeving ernstig ziek geweest door COVID-19 of verdenking daarop. <input type="checkbox"/> Is wegens ernstige COVID-19 niet in het ziekenhuis opgenomen geweest maar wel in een revalidatiecentrum of ouderenzorginstelling (incl zorghotel en hospice).
1.7	Maand waarin de eerste verschijnselen van COVID-19 zich openbaarden. (exacte datum hoeft niet te worden gegeven)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd-mm-yyyy)

1.6.1	Als de patiënt is opgenomen geweest in een zorgcentrum: Is er een diëtist betrokken geweest bij de behandeling in het ziekenhuis / revalidatiecentrum / ouderenzorginstelling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
1.8	Wat is de subjectieve inschatting van de ernst van de ziekte (op het ernstigste moment van het ziektebeloop)?	<input type="checkbox"/> Mild tot matig (milde symptomen tot een milde longontsteking) <input type="checkbox"/> Ernstig (dyspnoe, hypoxie, of >50% van de long aangetast op CT scan) <input type="checkbox"/> Kritisch / zeer ernstig (respiratoir falen, shock of of multiple orgaan falen)
1.9	Is er sprake van een van onderstaande aandoeningen? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Chronische longaandoening (incl. astma en COPD) <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire ziekte en hypertensie <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Nierziekte <input type="checkbox"/> Leverziekte <input type="checkbox"/> Immuunziekte <input type="checkbox"/> Oncologische ziekte <input type="checkbox"/> Overgewicht / obesitas <input type="checkbox"/> Neuromusculaire ziekte <input type="checkbox"/> Een andere aandoening
1.10	Is de patiënt positief getest op COVID-19?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, maar wel de symptomen (gehad)
1.11	Wat is het geslacht van de patiënt?	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Geslachtsneutraal
1.12	Wat is de leeftijd van de patiënt	<input type="text"/>
1.13	Wat is de lengte van de patiënt? (in meters)	<input type="text"/>
1.14	Wat was het gebruikelijke gewicht (voor COVID-19 besmetting)	<input type="text"/>

2. Consult 1 - start behandeling

2.1	Hoe is dit consult uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Via beeldbellen <input type="checkbox"/> Face to face tijdens een huisbezoek <input type="checkbox"/> Face to face op de praktijklocatie
2.2	Wat is het huidige gewicht?	<input type="text"/>
2.3	Wat was het gewicht 2 weken geleden?	<input type="text"/>
2.4	Wat was het gewicht 1 maand geleden?	<input type="text"/>
2.5	Wat was het gewicht 6 maanden geleden?	<input type="text"/>
2.6	Vergeleken met wat ik normaal eet, beoordeel ik mijn voedselinname van de afgelopen maand als	<input type="checkbox"/> Niet veranderd <input type="checkbox"/> Meer dan gebruikelijk <input type="checkbox"/> Minder dan gebruikelijk
2.6.1	Als het antwoord op bovenstaande vraag is 'Minder dan gebruikelijk' : Ik gebruik nu:	<input type="checkbox"/> Normaal voedsel, maar een kleinere hoeveelheid dan gebruikelijk <input type="checkbox"/> Een beetje vast voedsel <input type="checkbox"/> Alleen vloeibaar voedsel <input type="checkbox"/> Alleen dieetvoeding (bijvoorbeeld drinkvoeding) <input type="checkbox"/> Nauwelijks iets <input type="checkbox"/> Alleen sondevoeding of parenterale voeding
2.7	Ik heb last gehad van de volgende problemen, waardoor ik niet genoeg kon eten de afgelopen twee weken (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> Geen problemen met eten <input type="checkbox"/> Geen eetlust, had geen zin in eten <input type="checkbox"/> Verstopping <input type="checkbox"/> Pijnlijke mond <input type="checkbox"/> Eten smaakt vreemd / anders of heeft geen smaak <input type="checkbox"/> Problemen met slikken <input type="checkbox"/> Overgeven <input type="checkbox"/> Diarree <input type="checkbox"/> Droge mond <input type="checkbox"/> Ik heb last van de etenslucht <input type="checkbox"/> Ik voel me snel vol <input type="checkbox"/> Pijn <input type="checkbox"/> Overige
2.7.1	Als er sprake is van pijn: Welke pijnklachten heeft de patiënt?	<input type="text"/>

2.7.2 **Als er sprake is van overige klachten:**
Welke overige klachten heeft de patiënt?

2.8 Ik beoordeel mijn activiteiten van de afgelopen maand over het algemeen als:

Normaal, zonder beperkingen

Ik ben uit mijn gewone doen maar hoeft niet te rusten en ik ben wel bezig met normale bezigheden

Ik heb geen zin in de meeste bezigheden, maar lig minder dan de helft van de dag op de bank of in bed

Ik ben in staat tot weinig bezigheden en breng het grootste deel van de dag door op de bank of in bed.

Ik ben zo ongeveer gekluisterd aan bed, bijna niet uit bed

2.9 Hoeveel moeite hebt u met het optillen en dragen van 5 kg?

Geen

Enige

Veel of lukt niet

2.10 Hoeveel moeite hebt u met het lopen door de kamer?

Geen

Enige

Veel, met hulpmiddel of lukt niet

2.11 Hoeveel moeite hebt u met opstaan uit een stoel?

Geen

Enige

Veel, of lukt niet zonder hulp

2.12 Hoeveel moeite hebt u met het omhoog lopen van 10 traptreden?

Geen

Enige

Veel of lukt niet

2.13 Hoeveel keer bent u gevallen in het afgelopen jaar?

Geen enkele keer

1-3 keer

4 of meer keer

2.14 Hoe is uw eetlust?

Heel slecht (0) Heel goed (100)

2.15 Hoe is uw smaak

Afwijkend of afwezig (0) Zeer goed (100)

2.16 Hoe is uw geur

Helemaal afwezig (0) Heel goed (100)

2.17	Heeft u momenteel last van diarree?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
2.18	Hoeveel keer per dag had u gemiddeld ontlasting in de afgelopen week?	<input type="text"/>
2.19	Wat was de consistentie van de ontlasting in de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Als een worst maar klonterig <input type="checkbox"/> Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant <input type="checkbox"/> Als een worst of een slang, glad en zacht <input type="checkbox"/> Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Zachte en papperige delen met niet-definieerbare randen <input type="checkbox"/> Waterig, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar <input type="checkbox"/> Geen ontlasting <input type="checkbox"/> Onbekend
2.20	Maakt de patiënt op dit moment gebruik van medische voeding? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, dinkvoeding <input type="checkbox"/> Ja, een eiwitpreparaat <input type="checkbox"/> Ja, sondevoeding
2.21	Welke andere behandelaars zijn op dit moment betrokken bij de behandeling? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Oefentherapeut <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner van de huisarts (POH) <input type="checkbox"/> Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk
2.22	Is tijdens dit consult een impedantiemeting uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2.23	Resistance (Ohm)	<input type="text"/>
2.24	Reactance (Ohm)	<input type="text"/>
2.25	VVM (kg)	<input type="text"/>
2.26	ASSM (kg)	<input type="text"/>
2.27	Wat is de berekende energiebehoefte?	<input type="text"/>

2.28	Wat is de berekende eiwitbehoefte?	<input type="text"/>
2.29	Wat is de energieinname?	<input type="text"/>
2.30	Wat is de eiwitinname?	<input type="text"/>
2.31	Wat is het behandeldoel wat betreft gewicht?	<input type="checkbox"/> Verbeteren gewicht (dc222-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven gewicht (dc221-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Verminderen gewicht (dc222-S7052 kg)
2.32	Wat is het behandeldoel wat betreft VVM?	<input type="checkbox"/> Verbeteren VVM (dc222- b5342 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven VVM (dc221- b5342 kg)
2.33	Wat is het behandeldoel wat betreft de eiwitinname?	<input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,5 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/b5432/1,5) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,9 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/1.9) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 2,3 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/2,3) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,5 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,5) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,9 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,9) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 2,3 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/2,3)

3. Consult na 3 maanden

Nummer	Vraag	Antwoord
3.1	Hoe is dit consult uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Via beeldbellen <input type="checkbox"/> Face to face tijdens een huisbezoek <input type="checkbox"/> Face to face op de praktijklocatie
3.2	Wat is het huidige gewicht?	<input type="text"/>
3.3	Wat was het gewicht 2 weken geleden?	<input type="text"/>
3.4	Wat was het gewicht 1 maand geleden?	<input type="text"/>
3.5	Wat was het gewicht 6 maanden geleden?	<input type="text"/>

3.6 Vergeleken met wat ik normaal eet, beoordeel ik mijn voedselinname van de afgelopen maand als

Niet veranderd
 Meer dan gebruikelijk
 Minder dan gebruikelijk

3.6.1 **Als het antwoord op bovenstaande vraag is 'Minder dan gebruikelijk' :**
Ik gebruik nu:

Normaal voedsel, maar een kleinere hoeveelheid dan gebruikelijk
 Een beetje vast voedsel
 Alleen vloeibaar voedsel
 Alleen dieetvoeding (bijvoorbeeld drinkvoeding)
 Nauwelijks iets
 Alleen sondevoeding of parenterale voeding

3.7 Ik heb last gehad van de volgende problemen, waardoor ik niet genoeg kon eten de afgelopen twee weken (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Geen problemen met eten
 Geen eetlust, had geen zin in eten
 Verstopping
 Pijnlijke mond
 Eten smaakt vreemd / anders of heeft geen smaak
 Problemen met slikken
 Overgeven
 Diarree
 Droge mond
 Ik heb last van de etenslucht
 Ik voel me snel vol
 Pijn
 Overige

3.7.1 **Als er sprake is van pijn**
Welke pijnklachten heeft de patiënt?

3.7.2 **Als er sprake is van overige klachten:**
Welke overige klachten heeft de patiënt?

3.8	Ik beoordeel mijn activiteiten van de afgelopen maand over het algemeen als:	<input type="checkbox"/> Normaal, zonder beperkingen <input type="checkbox"/> Ik ben uit mijn gewone doen maar hoeft niet te rusten en ik ben wel bezig met normale bezigheden <input type="checkbox"/> Ik heb geen zin in de meeste bezigheden, maar lig minder dan de helft van de dag op de bank of in bed <input type="checkbox"/> Ik ben in staat tot weinig bezigheden en breng het grootste deel van de dag door op de bank of in bed. <input type="checkbox"/> Ik ben zo ongeveer gekluisterd aan bed, bijna niet uit bed	
3.9	Hoeveel moeite hebt u met het optillen en dragen van 5 kg?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet	
3.10	Hoeveel moeite hebt u met het lopen door de kamer?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, met hulpmiddel of lukt niet	
3.11	Hoeveel moeite hebt u met opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, of lukt niet zonder hulp	
3.12	Hoeveel moeite hebt u met het omhoog lopen van 10 traptreden?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet	
3.13	Hoeveel keer bent u gevallen in het afgelopen jaar?	<input type="checkbox"/> Geen enkele keer <input type="checkbox"/> 1-3 keer <input type="checkbox"/> 4 of meer keer	
3.14	Hoe is uw eetlust?	Heel slecht (0)	Heel goed (100)
3.15	Hoe is uw smaak	Afwijkend of afwezig (0)	Zeer goed (100)
3.16	Hoe is uw geur	Helemaal afwezig (0)	Heel goed (100)
3.17	Heeft u momenteel last van diarree?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	

3.18	Hoeveel keer per dag had u gemiddeld ontlasting in de afgelopen week?	<input type="text"/>
3.19	Wat was de consistentie van de ontlasting in de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Als een worst maar klonterig <input type="checkbox"/> Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant <input type="checkbox"/> Als een worst of een slang, glad en zacht <input type="checkbox"/> Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Zachte en papperige delen met niet-definieerbare randen <input type="checkbox"/> Waterig, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar <input type="checkbox"/> Geen ontlasting <input type="checkbox"/> Onbekend
3.20	Maakt de patiënt op dit moment gebruik van medische voeding? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, dinkvoeding <input type="checkbox"/> Ja, een eiwitpreparaat <input type="checkbox"/> Ja, sondevoeding
3.21	Welke andere behandelaars zijn op dit moment betrokken bij de behandeling? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Oefentherapeut <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner van de huisarts (POH) <input type="checkbox"/> Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk
3.22	Is tijdens dit consult een impedantiemeting uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3.23	Resistance (Ohm)	<input type="text"/>
3.24	Reactance (Ohm)	<input type="text"/>
3.25	VVM (kg)	<input type="text"/>
3.26	ASSM (kg)	<input type="text"/>
3.27	Wat is de berekende energiebehoefte?	<input type="text"/>
3.28	Wat is de berekende eiwitbehoefte?	<input type="text"/>
3.29	Wat is de energieinname?	<input type="text"/>

3.30	Wat is de eiwitinname?	<input type="text"/>
3.31	Wat is het behandeldoel wat betreft gewicht?	<input type="checkbox"/> Verbeteren gewicht (dc222-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven gewicht (dc221-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Verminderen gewicht (dc222-S7052 kg)
3.32	Wat is het behandeldoel wat betreft VVM?	<input type="checkbox"/> Verbeteren VVM (dc222- b5342 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven VVM (dc221- b5342 kg)
3.33	Wat is het behandeldoel wat betreft de eiwitinname?	<input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,5 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/b5432/1,5) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,9 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/1.9) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 2,3 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/2,3) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,5 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,5) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,9 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,9) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 2,3 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/2,3)

4. Consult na 6 maanden

Nummer	Vraag	Antwoord
4.1	Hoe is dit consult uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Via beeldbellen <input type="checkbox"/> Face to face tijdens een huisbezoek <input type="checkbox"/> Face to face op de praktijklocatie
4.2	Wat is het huidige gewicht?	<input type="text"/>
4.3	Wat was het gewicht 2 weken geleden?	<input type="text"/>
4.4	Wat was het gewicht 1 maand geleden?	<input type="text"/>
4.5	Wat was het gewicht 6 maanden geleden?	<input type="text"/>
4.6	Vergeleken met wat ik normaal eet, beoordeel ik mijn voedselinname van de afgelopen maand als	<input type="checkbox"/> Niet veranderd <input type="checkbox"/> Meer dan gebruikelijk <input type="checkbox"/> Minder dan gebruikelijk

-
- 4.6.1 **Als het antwoord op bovenstaande vraag is 'Minder dan gebruikelijk':**
Ik gebruik nu:
- Normaal voedsel, maar een kleinere hoeveelheid dan gebruikelijk
 - Een beetje vast voedsel
 - Alleen vloeibaar voedsel
 - Alleen dieetvoeding (bijvoorbeeld drinkvoeding)
 - Nauwelijks iets
 - Alleen sondevoeding of parenterale voeding

-
- 4.7 Ik heb last gehad van de volgende problemen, waardoor ik niet genoeg kon eten de afgelopen twee weken (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Geen problemen met eten
 - Geen eetlust, had geen zin in eten
 - Verstopping
 - Pijnlijke mond
 - Eten smaakt vreemd / anders of heeft geen smaak
 - Problemen met slikken
 - Overgeven
 - Diarree
 - Droge mond
 - Ik heb last van de etenslucht
 - Ik voel me snel vol
 - Pijn
 - Overige

-
- 4.7.1 **Als er sprake is van pijnklachten:**
Welke pijnklachten heeft de patiënt?
-

-
- 4.7.2 **Als er sprake is van overige klachten**
Welke overige klachten heeft de patiënt?
-

-
- 4.8 Ik beoordeel mijn activiteiten van de afgelopen maand over het algemeen als:
- Normaal, zonder beperkingen
 - Ik ben uit mijn gewone doen maar hoeft niet te rusten en ik ben wel bezig met normale bezigheden
 - Ik heb geen zin in de meeste bezigheden, maar lig minder dan de helft van de dag op de bank of in bed
 - Ik ben in staat tot weinig bezigheden en breng het grootste deel van de dag door op de bank of in bed.
 - Ik ben zo ongeveer gekluisterd aan bed, bijna niet uit bed
-

4.9	Hoeveel moeite hebt u met het optillen en dragen van 5 kg?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet	
4.10	Hoeveel moeite hebt u met het lopen door de kamer?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, met hulpmiddel of lukt niet	
4.11	Hoeveel moeite hebt u met opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, of lukt niet zonder hulp	
4.12	Hoeveel moeite hebt u met het omhoog lopen van 10 traptreden?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet	
4.13	Hoeveel keer bent u gevallen in het afgelopen jaar?	<input type="checkbox"/> Geen enkele keer <input type="checkbox"/> 1-3 keer <input type="checkbox"/> 4 of meer keer	
4.14	Hoe is uw eetlust?	Heel slecht (0)	Heel goed (100)
4.15	Hoe is uw smaak	Afwijkend of afwezig (0)	Zeer goed (100)
4.16	Hoe is uw geur	Helemaal afwezig (0)	Heel goed (100)
4.17	Heeft u momenteel last van diarree?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	
4.18	Hoeveel keer per dag had u gemiddeld ontlasting in de afgelopen week?		

4.19	Wat was de consistentie van de ontlasting in de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Als een worst maar klonterig <input type="checkbox"/> Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant <input type="checkbox"/> Als een worst of een slang, glad en zacht <input type="checkbox"/> Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Zachte en papperige delen met niet-definieerbare randen <input type="checkbox"/> Waterig, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar <input type="checkbox"/> Geen ontlasting <input type="checkbox"/> Onbekend
4.20	Maakt de patiënt op dit moment gebruik van medische voeding? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, dinkvoeding <input type="checkbox"/> Ja, een eiwitpreparaat <input type="checkbox"/> Ja, sondevoeding
4.21	Welke andere behandelaars zijn op dit moment betrokken bij de behandeling? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Oefentherapeut <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner van de huisarts (POH) <input type="checkbox"/> Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk
4.22	Is tijdens dit consult een impedantiemeting uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.23	Resistance (Ohm)	<input type="text"/>
4.24	Reactance (Ohm)	<input type="text"/>
4.25	VVM (kg)	<input type="text"/>
4.26	ASSM (kg)	<input type="text"/>
4.27	Wat is de berekende energiebehoefte?	<input type="text"/>
4.28	Wat is de berekende eiwitbehoefte?	<input type="text"/>
4.29	Wat is de energieinname?	<input type="text"/>
4.30	Wat is de eiwitinname?	<input type="text"/>

4.31	Wat is het behandeldoel wat betreft gewicht?	<input type="checkbox"/> Verbeteren gewicht (dc222-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven gewicht (dc221-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Verminderen gewicht (dc222-S7052 kg)
4.32	Wat is het behandeldoel wat betreft VVM?	<input type="checkbox"/> Verbeteren VVM (dc222- b5342 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven VVM (dc221- b5342 kg)
4.33	Wat is het behandeldoel wat betreft de eiwitinname?	<input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,5 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/b5432/1,5) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,9 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/1.9) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 2,3 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/2,3) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,5 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,5) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,9 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,9) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 2,3 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/2,3)

5. Consult na 12 maanden

Nummer	Vraag	Antwoord
5.1	Hoe is dit consult uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Via beeldbellen <input type="checkbox"/> Face to face tijdens een huisbezoek <input type="checkbox"/> Face to face op de praktijklocatie
5.2	Wat is het huidige gewicht?	<input type="text"/>
5.3	Wat was het gewicht 2 weken geleden?	<input type="text"/>
5.4	Wat was het gewicht 1 maand geleden?	<input type="text"/>
5.5	Wat was het gewicht 6 maanden geleden?	<input type="text"/>
5.6	Vergeleken met wat ik normaal eet, beoordeel ik mijn voedselinname van de afgelopen maand als	<input type="checkbox"/> Niet veranderd <input type="checkbox"/> Meer dan gebruikelijk <input type="checkbox"/> Minder dan gebruikelijk

- 5.6.1 **Als het antwoord op bovenstaande vraag is 'Minder dan gebruikelijk' :**
Ik gebruik nu:
- Normaal voedsel, maar een kleinere hoeveelheid dan gebruikelijk
 - Een beetje vast voedsel
 - Alleen vloeibaar voedsel
 - Alleen dieetvoeding (bijvoorbeeld drinkvoeding)
 - Nauwelijks iets
 - Alleen sondevoeding of parenterale voeding

- 5.7 Ik heb last gehad van de volgende problemen, waardoor ik niet genoeg kon eten de afgelopen twee weken (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Geen problemen met eten
 - Geen eetlust, had geen zin in eten
 - Verstopping
 - Pijnlijke mond
 - Eten smaakt vreemd / anders of heeft geen smaak
 - Problemen met slikken
 - Overgeven
 - Diarree
 - Droge mond
 - Ik heb last van de etenslucht
 - Ik voel me snel vol
 - Pijn
 - Overige

5.7.1 **Als er sprake is van pijnklachten:**
Welke pijnklachten heeft de patiënt?

Als er sprake is van overige klachten

5.7.2 Welke overige klachten heeft de patiënt?

Ik beoordeel mijn activiteiten van de afgelopen maand over het algemeen als:

- 5.8
- Normaal, zonder beperkingen
 - Ik ben uit mijn gewone doen maar hoeft niet te rusten en ik ben wel bezig met normale bezigheden
 - Ik heb geen zin in de meeste bezigheden, maar lig minder dan de helft van de dag op de bank of in bed
 - Ik ben in staat tot weinig bezigheden en breng het grootste deel van de dag door op de bank of in bed.
 - Ik ben zo ongeveer gekluisterd aan bed, bijna niet uit bed

5.9	Hoeveel moeite hebt u met het optillen en dragen van 5 kg?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet		
5.10	Hoeveel moeite hebt u met het lopen door de kamer?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, met hulpmiddel of lukt niet		
5.11	Hoeveel moeite hebt u met opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel, of lukt niet zonder hulp		
5.12	Hoeveel moeite hebt u met het omhoog lopen van 10 traptreden?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Enige <input type="checkbox"/> Veel of lukt niet		
5.13	Hoeveel keer bent u gevallen in het afgelopen jaar?	<input type="checkbox"/> Geen enkele keer <input type="checkbox"/> 1-3 keer <input type="checkbox"/> 4 of meer keer		
5.14	Hoe is uw eetlust?	Heel slecht (0)		Heel goed (100)
5.15	Hoe is uw smaak?	Afwijkend of afwezig (0)		Zeer goed (100)
5.16	Hoe is uw geur?	Helemaal afwezig (0)		Heel goed (100)
5.17	Heeft u momenteel last van diarree?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend		
5.18	Hoeveel keer per dag had u gemiddeld ontlasting in de afgelopen week?			

5.19	Wat was de consistentie van de ontlasting in de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Losse harde keutels, zoals noten (moeilijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Als een worst maar klonterig <input type="checkbox"/> Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant <input type="checkbox"/> Als een worst of een slang, glad en zacht <input type="checkbox"/> Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijke stoelgang) <input type="checkbox"/> Zachte en papperige delen met niet-definieerbare randen <input type="checkbox"/> Waterig, geen vaste stukjes, helemaal vloeibaar <input type="checkbox"/> Geen ontlasting <input type="checkbox"/> Onbekend
5.20	Maakt de patiënt op dit moment gebruik van medische voeding? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, dinkvoeding <input type="checkbox"/> Ja, een eiwitpreparaat <input type="checkbox"/> Ja, sondevoeding
5.21	Welke andere behandelaars zijn op dit moment betrokken bij de behandeling? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Oefentherapeut <input type="checkbox"/> Logopedist <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner van de huisarts (POH) <input type="checkbox"/> Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk
5.22	Is tijdens dit consult een impedantiemeting uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5.23	Resistance (Ohm)	<input type="text"/>
5.24	Reactance (Ohm)	<input type="text"/>
5.25	VVM (kg)	<input type="text"/>
5.26	ASSM (kg)	<input type="text"/>
5.27	Wat is de berekende energiebehoefte?	<input type="text"/>
5.28	Wat is de berekende eiwitbehoefte?	<input type="text"/>
5.29	Wat is de energieinname?	<input type="text"/>
5.30	Wat is de eiwitinname?	<input type="text"/>

5.31	Wat is het behandeldoel wat betreft gewicht?	<input type="checkbox"/> Verbeteren gewicht (dc222-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven gewicht (dc221-S7052 kg) <input type="checkbox"/> Verminderen gewicht (dc222-S7052 kg)
5.32	Wat is het behandeldoel wat betreft VVM?	<input type="checkbox"/> Verbeteren VVM (dc222- b5342 kg) <input type="checkbox"/> Handhaven VVM (dc221- b5342 kg)
5.33	Wat is het behandeldoel wat betreft de eiwitinname?	<input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,5 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/b5432/1,5) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 1,9 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/1,9) <input type="checkbox"/> Verbeteren eiwit inname naar 2,3 g E/ kg VVM (dc222-A57011-94.03.03/ b5432/2,3) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,5 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,5) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 1,9 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/1,9) <input type="checkbox"/> Handhaven eiwit inname van 2,3 g E/ kg VVM (dc221-A57011-94.03.03/ b5342/2,3)

6. Afsluiting van de behandeling

Nummer	Vraag	Antwoord
6.1	Wat is de reden van de afsluiting van de diëtistische behandeling?	<input type="checkbox"/> De behandeldoelen zijn behaald <input type="checkbox"/> De behandeldoelen zijn niet behaald, behandeling afgesloten op verzoek van patiënt <input type="checkbox"/> De behandeldoelen zijn niet behaald, behandeling afgesloten op verzoek van de verwijzer <input type="checkbox"/> Het maximale aantal uren vergoede zorg is bereikt. <input type="checkbox"/> De patiënt is overleden (ga door naar vraag 6.2)
6.1.1	Is het behandeldoel gewicht behaald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.1.2	Is het behandeldoel VVM gehaald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

6.1.3 Is het behandoel eiwitname gehaald? Ja
 Nee

6.2 Aantal consulten diëtetik binnen herstelzorg

6.3 Aantal gedeclareerde uren diëtetik binnen herstelzorg