Essensprotokoll

Name, Vorname: ..... Hilfsmittel: ..... Unterstützung: ..... Gewicht: .....

Uhrzeit	**Ort**	**Mahlzeit** oder **Medikamenteneinnahme**	**Beschaffenheit**	**Menge**	**Was passiert?** Husten, Reflux, usw.	**Getränke/Menge**

netzwerk schluckstörung
Prof. Dr. Maria Schuster
Cordula Winterholler M.A.

Netzwerk Schluckstörung · Prof. Dr. med. Maria Schuster · Cordula Winterholler, M.A.
Metropol Medical Center · Virnsberger Str. 75 · 90431 Nürnberg
(09 11) 9 99 04 – 3 30 · www.netzwerk-schluckstoerung.de · kontakt@netzwerk-schluckstoerung.de