

1.6.4 Sturzrisikoskala

Formular 13: Sturzrisikoskala

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:		Jahr:		Blatt-Nr.:		
Parameter	4 Punkte	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt	Evaluation					
				Datum						
Alter und Tandemstand nicht möglich	/	80+	70-79	60-69	Punkte der jeweiligen Zeile					
Hirnleistungsstörung/nicht korrigierte Visusbeeinträchtigung	schwergradig	mittelgradig	leichtgradig	passagere Auffälligkeiten						
Ausscheidung	harn- und stuhlkontinent	kontinent braucht jedoch Hilfe	bekannte Niereninsuffizienz (Kreatinin > 150 µmol/l)	Blasenverweilkatheter/Enterostoma						
Stürze in der Vorgeschichte	bereits mehr als drei Mal gestürzt	/	bereits ein oder zwei Mal gestürzt	/						
Aktivitäten	beschränkt auf Bett und Stuhl	aufstehen aus Bett mit Hilfe	Mobilität < 50 m	selbstständig/benutzt Bad und Toilette						
Gang und Gleichgewicht	ungleichmäßig/instabil, kann kaum die Balance halten im Stehen und Gehen	orthostatische Störung/Kreislaufprobleme beim Aufstehen und Gehen	Gehbehinderung/evtl. gehen mit Gehhilfe oder Assistenz	/						
Medikamente (hier auch zukünftig geplante sowie die der letzten 7 Tage)	vier oder mehr Medikamente	zwei Medikamente	ein Medikament	/						
Alkoholische Getränke	regelmäßig	/	gelegentlich	/						
Punktzahl:	bis 4 Punkte: geringes Sturzrisiko ab 4 Punkte: Maßnahmen zur Sturzverhinderung einleiten 5-10 Punkte: hohes Sturzrisiko 11-24 Punkte: sehr hohes Sturzrisiko			Punkte gesamt						

1.6.5 Sturzprotokoll

Formular 14: Sturzprotokoll

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:		Jahr:		Blatt-Nr.:	
Zeitpunkt des Sturzes Datum: _____ Uhrzeit: _____ War jemand dabei: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Person/en? _____					Wie waren die Lichtverhältnisse während des Sturzes? <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> blendend <input type="checkbox"/> dämmerig <input type="checkbox"/> Schattenbildung				
Ort des Sturzes <input type="checkbox"/> Flur <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Tagesraum <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Sitzzecke Sonstiger Ort: _____					Umgebung des Körpers Schuhe <input type="checkbox"/> feste <input type="checkbox"/> offene <input type="checkbox"/> Schnürsenkel offen <input type="checkbox"/> mit Strümpfen <input type="checkbox"/> barfuß Kleidung <input type="checkbox"/> zu locker <input type="checkbox"/> zu eng <input type="checkbox"/> Kleid/Rock <input type="checkbox"/> Hose Brille <input type="checkbox"/> verschmutzt <input type="checkbox"/> wird benötigt, aber nicht getragen Hörgerät <input type="checkbox"/> verschmutzt <input type="checkbox"/> wird benötigt, aber nicht getragen				
Kann sich der Bew./Pat. über den Vorgang des Sturzes äußern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was sagt er/sie dazu: _____					Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe				
Sind aus der Vorgeschichte Stürze bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Siehe Sturzrisikoeurhebungsbogen Sind prophylaktische Maßnahmen durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Ja (siehe Pflegeplan) <input type="checkbox"/> Nein					Benutzt der Bew./Pat. eines der folgenden Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Gehböck <input type="checkbox"/> Gehstützen <input type="checkbox"/> Delta-Gehrad <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges _____				
Verlaufsbericht über die Zeit nach dem Sturz: Folgen des Sturzes <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende: Schmerzäußerungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					Verletzungen Schmerzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hämatome <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Offene Wunden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Knochenbrüche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wie kam es zu dem Sturz? Ist der Bew./Pat. gestolpert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ursache: _____ Ist der Bew./Pat. ausgerutscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ursache: _____ Ist der Bew./Pat. zu Boden geschlittert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					Maßnahmen Vitalzeichenkontrolle: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Röntgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Chirurgische Intervention <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein beh. Arzt informiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstige: _____				
Beschreiben Sie die Situation: Wurde der Bew./Pat. bedrängt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wodurch? _____ War ein Hindernis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welches? _____ Ist der Bew./Pat. aus dem Bett gefallen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hatte der Bew./Pat. ein Bettgitter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein War das Bettgitter hochgezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
Protokoll erstellt: Datum: _____ Uhrzeit: _____					Unterschrift _____				