

Anhang 5: Fragebogen Sturzprophylaxe

| | | | |
|--------------|---|-----------------|---|
| 1 | Zustand des Patienten | | |
| 1.1 | Kleidungscheck (inkl. Schuhe und Sehhilfen) | | |
| 1.1.1 | Gibt es Auffälligkeiten bzgl. der Kleidung, die zu einer Sturzgefährdung führen können? | Mehrfachauswahl | zu weit zu lang Schnürsenkel offen Sehhilfe defekt Brillengläser verkratzt Freitext |
| 1.2 | Beeinträchtigung der Stimmung und des geistigen Zustandes | | |
| 1.2.1 | Bitte beurteilen Sie die Stimmung des Patienten. Fällt Ihnen eine Besonderheit oder Beeinträchtigung auf? | ja/nein | |
| 1.2.1. - 1 | Wenn ja: Wirkt der Versicherte depressiv? | ja/nein | |
| 1.2.1. - 1-2 | Wenn ja: PHQ9 | | |
| 1.3 | Kontrolle Flüssigkeitsaufnahme | | |
| 1.3.1 | Bitte überprüfen Sie die Elastizität der Haut des Patienten, bspw. durch kurzes Ziehen an der Haut. Ist die Elastizität der Haut gegeben? | ja/nein | |
| 1.3.2 | Klagt der Patient über einen trockenen Mund und/ oder hat der Patient trockene Lippen? | ja/nein | |
| 1.3.3 | Wieviel trinkt der Patient nach eigener Auskunft? | Freitext | |
| 1.4 | Allgemeinzustand | | |
| 1.4.1 | Ist der Allgemeinzustand des Patienten durch akute Zustände beeinträchtigt? Bspw. durch einen grippalen Infekt, Wunden oder Schmerzen | ja/nein | |
| 1.4.2 | Ist der Allgemeinzustand des Patienten kontrollbedürftig? Z.B. instabiler ggf. tagesabhängiger Allgemeinzustand | ja/nein | |
| 1.4.3 | Sind bei dem Patienten Erkrankungen bekannt, die mit Gangstörungen einhergehen? Z. B. Morbus Parkinson | ja/nein | |
| 1.4.3-1 | Wenn ja, bitte geben Sie die Erkrankung an: | Freitext | |
| 1.4.4 | Ist der Patient gehfähig? (Wenn nein, weiter mit Punkt 4) | ja/nein | |
| 2 | Eigeneinschätzung des Patienten | | |
| 2.1 | Aufnahme der Eigeneinschätzung des Patienten | | |
| 2.1.2 | Ist der Patient in den letzten 14 Tagen in der eigenen Wohnung gestolpert? | ja/nein | |

| | | | |
|----------|---|-----------------|---|
| 2.1.2-1 | Wenn ja, wie oft? | Freitext | |
| 2.1.3 | Ist der Patient in den letzten drei Monaten in der eigenen Wohnung gestürzt? | ja/nein | |
| 2.1.3-1 | Wenn ja, wie oft? | Freitext | |
| 3 | Gangstörungen | | |
| 3.1 | Wie bewegt sich der Patient? | Einfachauswahl | Breitbeinig Trippelgang Schlurfend Ataktischer Gang „Freitext“ |
| 3.1.2 | Benutzt der Patient eine Gehhilfe oder einen Rollator? | ja/nein | |
| 4 | Analyse der Wohnungssituation | | |
| 4.1 | Allgemeine Situation | | |
| 4.1.1 | Wie beurteilen Sie den Allgemeinzustand der Wohnung? | Einfachauswahl | Geordnet Vollgestellt Unsauber Ungelüftet „Freitext“ |
| 4.2 | Falls sich Haustiere im Haushalt befinden: Kann das Tier noch versorgt werden? Hier können ggf. Rückschlüsse auf die eigene Versorgung des Patienten gezogen werden | ja/nein | |
| 4.3 | Bitte beurteilen Sie die Beleuchtung der Wohnung. Gibt es Räume, die ungenügend ausgeleuchtet sind (bspw. flackerndes Licht oder defekte Glühbirnen)? Falls es ungenügend beleuchtete Räume gibt, weisen Sie den Patienten bitte darauf hin. | ja/nein | |
| 4.4 | Sehen Sie Stolperfallen? Wenn ja, welche? | Mehrfachauswahl | Glatt und/ oder rutschig Teppichränder Schwellen uneben defekt Kabel „Freitext“ |
| 4.4.1 | Besteht eine Verletzungsgefahr durch Möbel o. ähnl. bei einem Sturz oder die zu einem Sturz führen können? Bsp. Scharfe, defekte oder massive Kanten und Ecken oder Instabilität der Möbel; schwer zu öffnende Fenster, bodennahe Fenster, geringe Geländerhöhe bei Balkon und Austritt, bei Treppen ist kein Handlauf vorhanden, es existiert kein Treppenlift | ja/nein | |
| 4.4.2 | Ist die Betthöhe ausreichend oder für den Patienten passend? Bspw. hat der Patient auf Grund der geringen oder zu großen Höhe Schwierigkeiten aus dem Bett zu gelangen? | ja/nein | |

| | | | |
|-------|---|---------|--|
| 4.4.3 | Besteht ausreichende Sicherheit im Bad/WC? Z. B. Haltegriffe in der Badewanne oder Dusche sind vorhanden, die WC-Höhe ist sehr hoch oder niedrig, die Rutschfestigkeit von Vorlagen ist gegeben, Anti-Rutsch-Matten in Dusche und Badewanne sind vorhanden | ja/nein | |
| 4.5 | In welchem Zustand befinden sich die Küche und der Kühlschrank? | | |
| 4.5.1 | Sind ausreichend Getränke im Haushalt vorhanden? | ja/nein | |
| | Sind Nahrungsmittel im Haushalt vorhanden, die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten haben? Z. B. positiv: Notfall-Traubenzucker bei Diabetes, negativ: z. B. Orangensaft bei verschiedenen Medikamenten, Innereien bei Gerinnungshemmern. Falls ja: Bitte sprechen Sie den Patienten darauf an | ja/nein | |