

bei Frau/Herrn .....

sind folgende Sturzrisikofaktoren bedeutsam: .....

## Intrinsische Faktoren

	nein	ja
<b>1. Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen</b>		
• Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gangveränderungen/eingeschränkte Bewegungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen (Multiple Sklerose, Morbus-Parkinson, apoplektischer Insult, Polyneuropathie, Osteoarthritis, Krebserkrankungen, andere chron. Erkrankungen, schlechter klinischer Allgemeinzustand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Sehbeeinträchtigungen</b>		
• reduzierte Kontrastwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• reduzierte Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungeeignete Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung</b>		
• Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Delir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen</b>		
• Hypoglykämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haltungsbedingte Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Ausscheidungsverhalten</b>		
• Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nykturie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Probleme beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Angst vor Stürzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Ernährungsmängel (BMI,...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Sturzgeschichte

Wann gestürzt? .....

Wo? .....

## Extrinsische Faktoren

	nein	ja
9. Verwendung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sturzgefährdende Schuhe/Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medikamente		
• Multimedikation (mehr als 4 Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sedativa/Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gefahren in der Umgebung		
a. Innenraum		
• schlechte Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• steile Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mangelnde Haltemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• glatte Böden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stolperfallen (Teppiche, herumliegende Gegenstände)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Außenbereich		
• unebene Gehwege und Straßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mangelnde Sicherheitsausrüstung (Haltemöglichkeiten, Beleuchtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung: .....

.....

.....

Maßnahmen: .....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift