|  |  |
| --- | --- |
| Sturzrisikoerfassung | Firma/Einrichtung und Stempel |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Erfassung durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(oder Patientenetikett)

Anlass der Erfassung

Aufnahme / erste Anamnese

Neue Einschätzung aufgrund von Änderungen von

Gesundheitszustand

Medikation

Umgebung

Pflegebedarf

Neue Einschätzung aufgrund eines Sturzereignisses

Einschätzung

Es liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor.

Es liegt kein erhöhtes Sturzrisiko vor.

Folgende Risikofaktoren wurden ermittelt:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Wenn ein erhöhtes Sturzrisiko vorliegt, dann bitte folgende Schritte einleiten:

* Information, Beratung und Schulung des Betroffenen
* Maßnahmenplanung
* Information der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen
* Durchführung der geplanten Maßnahmen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version: | Erstellt: | Geprüft: | Freigegeben: |
| Ort/Datum: |  |  |  |
| Unterschrift: |  |  |  |