



Grosse Sturzrisiko-Abklärung:

Name:
Adresse:
Jahrgang:
Diagnose:

Risikofaktoren

	Nein	Ja	
Physio Lebensblume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alter über 65 Jahre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrere Stürze: Gründe:.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lange Liegezeit nach Sturz (>10 Min.), <input type="checkbox"/> selbständiges Aufstehen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inkontinenz , <input type="checkbox"/> Diarrhoe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verwirrt, Desorientiert , <input type="checkbox"/> geringes Urteilsvermögen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umgebung zuhause: Gründe:.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel (Ungeeignet, unangepasst, defekt)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postfall-Syndrom (Angst vor Sturz)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reduzierte Mobilität vor Sturz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlende oder reduzierte protektive Reaktionen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel (Subjektiv)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensorik (Vibrationssinn)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reduzierte Muskelkraft
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einschränkung des Bewegungsapparates (Beweglichkeit, Schmerz)
Hausärztin oder Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrition / Hydratation <input type="checkbox"/> Anamnestischer Hinweis auf Malnutrition oder Dehydratation <input type="checkbox"/> Hautfalten abhebbar <input type="checkbox"/> Halsvenenstauung <input type="checkbox"/> Ödeme
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sucht; Alkohol, Benzodiazepine, Polypharmazie (> 5 Medikamente)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente <input type="checkbox"/> Schlafmittel <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> starke Schmerzmittel (Opiate)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visus eingeschränkt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Orthostase <input type="checkbox"/> Synkope <input type="checkbox"/> Antihypertonika <input type="checkbox"/> Diuretika
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusätzliche Faktoren
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frakturrisiko / Osteoporose (FRAX Score) <input type="checkbox"/> anamnestische Fraktur (akut oder seid Menopause grösseres Trauma) <input type="checkbox"/> Abnahme der Körpergrösse > 4 cm seit dem 25. Lebensjahr <input type="checkbox"/> niedriges Körpergewicht (BMI < 20)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kognition (MMS, Uhrtest, IQCODE, MoCA)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamin D Mangel

unblättern

Tinetti Test:		Datum:	Datum:
Gleichgewicht:	/ 16	/ 16	/ 16
Gang:	/ 12	/ 12	/ 12
Total:	/ 28	/ 28	/ 28

Timed up and go:	Datum:	Datum:	Datum:
Zeit:	Sek:	Sek:	Sek:
<small>< 10 Sek.: Alltagsmobilität uneingeschränkt 11 - 19 Sek.: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. ohne Alltagsrelevanz 20 - 29 Sek.: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung > 30 Sek.: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung</small>			

Aufgabenverteilung:

Patientin / Patient oder Angehörige:

Neuanschaffungen (Schuhe, Gehhilfen oder andere Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>
Wohnung ändern (Teppiche wegräumen, Türschwellen anpassen, etc.)	<input type="checkbox"/>
Hilfe organisieren (Spitex (Medikamente), Mahlzeitendienst, Haushilfen)	<input type="checkbox"/>

Ärztin oder Arzt:

Anpassen der Medikation	<input type="checkbox"/>
Abklären Kardiovaskuläres System	<input type="checkbox"/>
Abklären Visus	<input type="checkbox"/>
Osteoporose-Therapie	<input type="checkbox"/>
Abklärung Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/>
Anmeldung in Ergotherapie (Hilfsmittel für den Alltag)	<input type="checkbox"/>
Ev. Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>

Physio Lebensblume:

Hilfsmittelabklärung	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtstraining	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat (Kraft, Beweglichkeit, Funktionalität)	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>
Gangvariationen und Schutzschritte	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Boden	<input type="checkbox"/>

Sturzrisiko: hoch mittel gering