

Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

**Liebe Patienten,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen!**

NAME:..... VORNAME:.....

Alter: zutreffendes bitte ankreuzen...

1. WOHNEN/ HILFEBEDARF

1

- | | Ja |
|---|--------------------------|
| Leben Sie allein? | <input type="checkbox"/> |
| Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege? | <input type="checkbox"/> |
| Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden? | <input type="checkbox"/> |
| Benötigen Sie Unterstützung bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten? | <input type="checkbox"/> |
| Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen? | <input type="checkbox"/> |
| Brauchen Sie Unterstützung bei der Versorgung Ihres Haushaltes? | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an unfreiwilligem Urin- oder Stuhlabgang? | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie häufig unter Schmerzen (evtl. trotz Medikation)? | <input type="checkbox"/> |
| Bekommen Sie regelmäßig Besuch von einem Pflegedienst? | <input type="checkbox"/> |
| Erhalten Sie regelmäßig Hilfe durch Familie oder Bekannte? | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Pflegestufe | <input type="checkbox"/> |
| oder einen Schwerbeschädigtenausweis?..... | <input type="checkbox"/> |

2. MEDIKATION

1

- | | |
|--|--------------------------|
| Nehmen Sie 5 und mehr verschiedene Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> |
| Benötigen Sie Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente? | <input type="checkbox"/> |

3. MOBILITÄT

2

- | | |
|---|--------------------------|
| Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch
Partner/ Bekannte..... <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Krankentransport..... | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt?..... | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihnen häufig schwindelig?..... | <input type="checkbox"/> |

4. SINNE

1

Leiden Sie (evtl. trotz Brille) unter starken Einschränkungen beim Sehen?

Leiden Sie (evtl. trotz Hörgerät) unter starken Einschränkungen beim Hören?

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen/ Zahnersatz?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren?

5. KRANKENHAUS

1

Waren Sie in den letzten drei Monaten akut im Krankenhaus?

oder in den letzten 30 Tagen in einer Notfallambulanz?

6. KOGNITION

2

Fällt es Ihnen schwerer, sich Dinge oder Namen zu merken
oder Worte zu finden?

Haben Sie sich schon mehrfach verirrt?

Haben Sie mehrfach Gegenstände verlegt und nicht wiedergefunden?

Brauchen Sie Hilfe bei der Regelung Ihrer Geldangelegenheiten?

Benötigen Sie Unterstützung bei der Nutzung Ihres Telefons?

7. STIMMUNG

1

Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder einsam?

Danke für Ihre Unterstützung!

Ab ≥ 2 Punkte geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen

Summe

Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten? = neu / = weiterführend

Physio-/Ergo/ Logo Facharztüberweisung geriatr. Reha/ TagKl./ Akutgeriatrie

Medikation/-Check Geriatrische SP/ GIA Krankenseinweisung

Hilfsmittel/ InkoMat Rehasport/ Sport Ehrenamt/ Selbsthilfeberatung

Pflegedienst Essen auf Rädern Care-/ Case-Management

Keine Änderung in der Therapie Verbesserung nicht möglich

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arzt: _____