



Screening GerinOT

Patientendaten
(ggf. Etikett)

Name: Geb.-datum: Station: Zimmer:

Einschlusskriterium: Pat. ≥ 70 Jahren
 Durchführungshinweis: Screening innerhalb von 24h nach Aufnahme durchführen

Geriatrisches Screening¹	Mögliche Punkte	Erreichte Punkte
1. Mobilität <input type="checkbox"/> Mobilitäts-, Bewegungseinschränkungen, mobil mit Unterstützung (Hilfsmittel / andere Personen)	Ja 2 Nein 0	
2. Kognition <input type="checkbox"/> Desorientiertheit / Verwirrtheit	Ja 2 Nein 0	
3. Stimmung / Verhalten <input type="checkbox"/> unkonzentriert / ruhelos / abschweifend, körperlich unruhig / erregt / agitiert, andere Verhaltensmuster, z. B. Teilnahmslosigkeit	Ja 1 Nein 0	
4. Sehstörung / Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> d. h. trotz Brille / Hörgeräten	Ja 1 Nein 0	
5. Wohnen / Hilfebedarf <input type="checkbox"/> Alleinlebend und / oder Pflegegrad vorhanden und / oder Alltagshilfe notwendig, z. B. Körperpflege, Toilettengang, Nahrungszubereitung, Medikamenteneinnahme	Ja 1 Nein 0	
6. Medikation <input type="checkbox"/> Einnahme > 5 Medikamente	Ja 1 Nein 0	
7. Krankenhausaufenthalte <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt / Notfallaufnahme (letzte 3 Monate)	Ja 1 Nein 0	
Gesamtpunktzahl	9	

Auswertung
<p>Bei ≥ 4 Punkten: Geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen (Sozialdienst / geriatrisches Konsil / Akutgeriatrie / geriatrische Reha / weiterführendes geriatrisches Assessment / Gerontopsychiatrie)</p>

Datum: _____ Name des Erfassers: _____

¹Darstellung nach Feist B (2019): Validierung des Kurzscreenings GerinOT zur Identifikation von geriatrischen Risikopotentialen in der stationären Krankenhausversorgung anhand patientenrelevanter Outcomes – eine bizentrische diagnostische Studie. <http://dx.doi.org/10.25673/14102>.



Ausfüllhinweise GeriNOT

Anmerkung:

Die unten genannten Hinweise sind als ergänzende Möglichkeiten zur Anwendung des Screenings GeriNOT anzusehen.

Kriterium	Erläuterung / Beobachtung	Mögliche Fragestellung / Testmöglichkeiten
1. Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> - Gangunsicherheit, Schwindel, Stürze - Nutzung von Hilfsmitteln - Gebrechlichkeit - Bettlägerigkeit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sind Sie in letzter Zeit häufig gestürzt? 2. Ist Ihnen in letzter Zeit öfter schwindelig? 3. Benötigen Sie Unterstützung beim Verlassen der Wohnung?
2. Kognition	<ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnisdefizite - bekannte Demenz - Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der Kognitionen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Jahr / Monat / Tag haben wir heute? 2. Wann haben Sie Geburtstag? / Wie alt sind Sie? 3. Ich nenne Ihnen 3 Gegenstände: APFEL - EURO - TISCH. Anleitung: Merken und wiederholen lassen.
3. Stimmung / Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - häufig niedergeschlagen / Traurigkeit - Interessenverlust - Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der Emotionen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waren Sie in letzter Zeit bedrückt / traurig? 2. Hatten Sie in letzter Zeit weniger Lust / Interesse an Ihren üblichen Aktivitäten?
4. Sehstörung / Schwerhörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Seh- / Hörverschlechterung trotz funktionierender Hilfsmittel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sehen Sie schlecht? (ggf. trotz geputzter Brille) 2. Hören Sie schwer? (ggf. trotz einsatzbareitem Hörgerät)
5. Wohnen / Hilfebedarf	<ul style="list-style-type: none"> - alleinlebend: mit / ohne Unterstützung - braucht Hilfe im Alltag bei: Nahrungszubereitung / -aufnahme, Körperpflege, Toilettengang, Medikamenteneinnahme, Lebensmitteleinkäufen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wohnen Sie alleine? 2. Erhalten Sie Unterstützung im Alltag (zu Hause oder bei außerhäuslichen Aktivitäten)? 3. Erhalten Sie Pflegeleistungen oder haben Sie einen Pflegegrad?
6. Medikation	<ul style="list-style-type: none"> - mehr als 5 regelmäßig eingenommene, verordnete und apothekenpflichtige Medikamente 	<p>Wie viele Medikamente nehmen sie am Tag ein? (auch Sprays, Augentropfen) Abgleich der Angaben mit vorliegendem Medikamentenplan.</p>
7. Krankenhausaufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausaufenthalt / Notfallaufnahme (letzte 3 Monate) 	<p>Waren Sie im letzten Vierteljahr im Krankenhaus oder in der Notfallaufnahme?</p>