

Screening GeriNOT¹

Patientendaten
(ggf. Etikett)

Name:
Geb.-datum:
Station:
Zimmer:

Einschlusskriterium: Pat. ≥ 70 Jahren
 Durchführungshinweis: Screening innerhalb von 24h nach Aufnahme durchführen.
 Jedes Item ist (auch bei Mehrfachnennungen) maximal einmal besetzt.

Item	Trifft zu bei	Trifft zu (= Ja)	Mögliche Punkte	Erreichte Punkte
1. Mobilität	Mobilitäts-, Bewegungseinschränkungen, mobil mit Unterstützung (Hilfsmittel / andere Personen), Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja 2 Nein 0	
2. Kognition	Desorientiertheit / Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	Ja 2 Nein 0	
3. Wohnen / Hilfebedarf	alleinlebend und / oder Pflegegrad vorhanden und / oder Abhängigkeit bei z. B. Nahrungszubereitung/ -aufnahme, Körperpflege, Toilettengang, Medikamenteneinnahme, Lebensmitteleinkäufe	<input type="checkbox"/>	Ja 1 Nein 0	
4. Stimmung / Verhalten	unkonzentriert / ruhelos / abschweifend, körperlich unruhig / erregt / agitiert, andere Verhaltensmuster, z. B. Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja 1 Nein 0	
5. Sehstörung / Schwerhörigkeit	Seh- und / oder Hörbeeinträchtigung (mit oder ohne Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	Ja 1 Nein 0	
6. Medikation	Einnahme > 5 Medikamente	<input type="checkbox"/>	Ja 1 Nein 0	
7. Krankenhausaufenthalte	Krankenhausaufenthalt / Notfallaufnahme (letztes Quartal)	<input type="checkbox"/>	Ja 1 Nein 0	
Gesamtpunktzahl			9	

Auswertung

Bei ≥ 4 Punkten: Geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen
 (Sozialdienst / geriatrisches Konsil / Akutgeriatrie / geriatr. Rehabilitation / weiterführendes geriatrisches Assessment / Gerontopsychiatrie)

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 - in einigen/allen Bereichen manchmal/immer desorientiert 	<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. Wohnen / Hilfebedarf	<ul style="list-style-type: none"> - alleinlebend: mit / ohne Unterstützung - stationäre/ambulante Pflege oder Pflegegeld bei häuslicher Pflege - ist abhängig bei: Nahrungszubereitung / -aufnahme, Körperpflege, Toilettengang, Medikamenteneinnahme, Lebensmitteleinkäufen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wohnen Sie alleine? 2. Erhalten Sie Pflegeleistungen oder haben Sie einen Pflegegrad? 3. Erhalten Sie Unterstützung im Alltag (zu Hause oder bei außerhäuslichen Aktivitäten)?
4. Stimmung / Verhalten	<p>beispielhafte Verhaltensweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - häufig niedergeschlagen / Traurigkeit - Interessenverlust / Teilnahmslosigkeit - 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?
5. Sehstörung / Schwerhörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Seh- / Hörverschlechterung trotz Brille oder Hörgerät 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sehen Sie schlecht? (ggf. trotz geputzter Brille) 2. Hören Sie schwer? (ggf. trotz einsatzbereitem Hörgerät)
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 (letztes Quartal) 	<p>Waren Sie im letzten Quartal im Krankenhaus oder in der Notfallaufnahme?</p>