

# Analyseninstrument für Sturzrisikoabklärung

Empfehlung: Wenn Fragen nicht relevant sind, so streichen Sie die Frage, damit ersichtlich ist, dass der Punkt bearbeitet wurde.

Thema (Was)	Abklärung (Wie)	Antwort	Visum/Datum
Mobilität / Balance:	▪ Hat Bewohner/-in Schwierigkeiten, die Balance zu halten oder hat er/sie Mobilitätsprobleme (z. B. Unsicherheit beim Gehen, stützt sich an den Wänden ab, langsame, kleine Schritte)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
	▪ Hat Bewohner/-in Schwierigkeiten mit Transfers (z. B. vom Rollstuhl zur Toilette, vom Bett aufstehen, sich auf den Stuhl setzen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
	▪ Hat Bewohner/-in Angst vor Stürzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Kognitive Beeinträchtigung / Delir:	▪ Ist Bewohner/-in kognitiv beeinträchtigt, desorientiert oder unruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
	▪ Ist er/sie verwirrter als normalerweise?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
	▪ Hat er/sie eine verzerrte Selbsteinschätzung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
	▪ Findet er/sie sich nicht in der Umgebung zurecht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	
Sturzvorgeschichte:	▪ Ist Bewohner/-in früher schon gestürzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	▪ Wenn ja, wie oft, was waren die Ursachen?		
	▪ Welche Konsequenzen hatten die Stürze?		
Medikamente:	▪ Nimmt Bewohner/-in aktuell 4 oder mehr Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	▪ Nimmt er/sie ein Medikament aus den folgenden Medikamentengruppen: Hypnotika und Sedativa, Antidepressiva, Antipsychotika, Antihypertonika, Diuretika, Antiparkinsonmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	▪ Gab es vor Kurzem einen Wechsel in der Medikation, der die Sturzgefährdung beeinflussen könnte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kontinenz:	▪ Hat Bewohner/-in Probleme mit der Kontinenz, die zu einer Erhöhung des Sturzrisikos führen könnte (z. B. Veränderungen in der Ausscheidung, Inkontinenz, häufiges Wasserlösen, Drangurininkontinenz, Diarrhoe)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise	

Schuhwerk und Fussgesundheit:	▪ Sind die Schuhe/Sohlen unpassend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	▪ Hat Bewohner/-in Probleme mit den Füßen (z. B. eingewachsene Zehennägel, Infektionen, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Schwindel / Ohnmacht/ Herzprobleme:	▪ Hat Bewohner/-in Schwindel beim Stehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	▪ Hat Bewohner/-in das Gefühl, dass der Raum sich dreht, wenn er/sie den Kopf oder den Körper bewegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	▪ Hat er/sie Ohnmachtsattacken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	▪ Hat er/sie Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	▪ Hat er/sie ein orthostatisches Problem (tiefer Blutdruck beim Aufstehen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Sehen / Hören:	▪ Ist Bewohner/-in beeinträchtigt beim Sehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Ist Bewohner/-in beeinträchtigt beim Hören?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Trägt Bewohner/-in eine Brille?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Trägt Bewohner/-in ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgebung:	▪ Ist die Umgebung unsicher und nicht auf die Bedürfnisse der Person angepasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Schlechte Ernährung / Vitamin D-Mangel:	▪ Hat Bewohner/-in unbeabsichtigt Gewicht verloren oder verspürt er/sie wenig Appetit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Ist Bewohner/-in untergewichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Verbringt sie/er wenig Zeit draussen im Sonnenlicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	▪ Ist der Vitamin-D-Spiegel unter 75 nmol/l?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knochengesundheit:	▪ Leidet Bewohner/-in an Osteoporose oder bestehen Risikofaktoren für eine Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein