

Sturzanamnese

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Anzahl Stürze in den letzten 12 Monaten:

(Wenn kein Sturz, aber klinischer Verdacht auf erhöhte Sturzgefahr > Seite 2)

Anzahl sturzbedingte Hospitalisationen/Notfallbesuche in den letzten 12 Monaten:

Protokoll aktueller Sturz Datum/Ort:

Direkte Sturzursache

Plötzlicher Bewusstseinsverlust (Synkope) Gleichgewichtsstörung	Zusammenbrechen ohne Bewusstseinsverlust Stolpern	Ausrutschen	Anderes:
--	--	-------------	----------

Vorzeichen

Sensorische Störungen Bewusstseinsstörung Schwindel Atemstörung	Angst Kraftverlust Schwarz vor den Augen Keine	Sprachstörung Schwitzen Sehstörung	Anderes:
--	---	--	----------

Umgebungsfaktoren

Unauffällig Boden (uneben, glatt, nass, vereist, rutschig)	Licht (zu hell, zu dunkel) Ungeeignetes Schuhwerk (offen, Socken, Barfuss)		Anderes:
---	---	--	----------

Hilfsmittel in Gebrauch

Gehstöcke Rollstuhl	Rollator	Probleme mit Hilfsmitteln:	Anderes:
------------------------	----------	----------------------------	----------

Position vor dem Sturz

In Bewegung Sitzen	Stehen Nicht bekannt	Liegen	Anderes:
-----------------------	-------------------------	--------	----------

Situation nach dem Sturz, Symptome

Sofort aufgestanden Bewusstlosigkeit Verwirrung Blässe Unwillkürliche Urin-/ Stuhlausscheidung	Von Helfer aufgenommen Angst Schwindel Müdigkeit Lähmung Nicht bekannt	Liegen geblieben, ungefähre Liegezeit am Boden:	Blutdruck/Puls: Anderes:
---	---	---	---------------------------------

Körperliche Verletzungen

Hämatom Prellung	Schürfung/ Wunde Keine	Fraktur:	Anderes:
---------------------	---------------------------	----------	----------

Beschrieb des Sturzhergangs

Sturzrisikofaktoren

Stürze in der Vorgeschichte

Schwindel

Mobilität:

Probleme mit Gleichgewicht

Probleme mit Kraft

Gangunsicherheit/Gangveränderung (z.B. aufgrund Schmerzen, Fussprobleme, neurologische Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen etc.)

Sehen: Sehbeeinträchtigungen

Kognition: Beeinträchtigung von Kognition und Stimmung

Urininkontinenz: Ausscheidungsverhalten (z.B. Urininkontinenz, Nykturie, Probleme beim Toilettengang)

Ernährung: Mangel- oder Fehlernährung

Sturzangst

Medikation: z.B. Polymedikation, Antidepressiva, Antipsychotika, Neuroleptika, Sedativa, Hypnotika, Antihypertensiva, Diuretika

Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen)

Extrinsische Faktoren:

Verwendung von Hilfsmitteln

Ungeeignete Schuhe und Kleidung

Gefahren in der Umgebung

Geplante Massnahmen durch die Spitex

Bemerkungen

Datum:

Visum:

Quellen:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung). Hochschule Osnabrück

Grob D, Gilgen R, Bopp I, Ongaro G, Behrendt U, Husmann C, Zbinden N, Rügger B. (2002). Waid-Guide – Agenda für geriatrisches Screening und Assessment. Teil 4: Test für die geriatrische Sturz-Abklärung. Klinik für Akutgeriatrie Stadtspital Waid

Patientensicherheit Schweiz. (2008). Sturzprävention - Schriftreihe Nr. 2. Patientensicherheit Schweiz

Spitex Bäretswil (2009). Sturzprotokoll. Spitex Bäretswil

Spitex Chur (2019). Überwachungsformular Sturzereignis. Spitex Chur