

Erhebungsbogen Geriatrisches Screening

Problem	Untersuchung	Pathologisches Resultat	
1. Sehen	<ul style="list-style-type: none"> - Fingerzahl mit Brille in 2 m Entfernung erkennen - Nahvisus oder Lesen einer Überschrift - Frage: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert? 	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder die Frage mit JA beantwortet	<input type="checkbox"/>
2. Hören	<p>Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird:</p> <p>6 1 9 - linkes Ohr 2 7 3 - rechtes Ohr</p>	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	<input type="checkbox"/>
3. Arme	<p>Bitten Sie den Patienten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beide Hände hinter den Kopf zu legen und 2. einen Kugelschreiber von Tisch/Bettdecke aufzuheben 	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	<input type="checkbox"/>
4. Beine	<p>Bitten Sie den Patienten: aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen</p>	Patient ist nicht in der Lage, eine dieser Tätigkeiten selbständig auszuführen	<input type="checkbox"/>
5. Blasenkontinenz	<p>Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</p>	Antwort des Patienten: JA	<input type="checkbox"/>
6. Stuhlkontinenz	<p>Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</p>	Antwort des Patienten: JA	<input type="checkbox"/>
7. Ernährung	<p>Schätzen Sie das Patientengewicht</p>	Nicht normalgewichtig (untergewichtig?)	<input type="checkbox"/>
8a. Kognitiver Status	<p>Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe, und bitten Sie ihn, sie sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch</p> <p>Bitten Sie den Patienten, die</p>		

	Begriffe zu wiederholen.		
9. Aktivität	Fragen Sie den Patienten: - Können Sie sich selbst anziehen? - Können Sie mindestens eine Treppe steigen? - Können Sie selbst einkaufen gehen?	Eine oder mehr Frage(n) mit NEIN beantwortet	<input type="checkbox"/>
10. Depression	Fragen Sie den Patienten: Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?	Bei Antwort JA oder ggf. Eindruck des Arztes	<input type="checkbox"/>
8b. Kognitiver Status	Fragen Sie die Begriffe aus 8a ab: Apfel – Pfennig – Tisch	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	<input type="checkbox"/>
11. Soziale Unterstützung	Frage: Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?	Bei Antwort des Patienten: NEIN	<input type="checkbox"/>
12. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?	vor weniger als drei Monaten (ungeplant)	<input type="checkbox"/>
13. Allgemeine Risikofaktoren	Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>
14. Allgemeine Risikofaktoren	Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>
15. Allgemeine Risikofaktoren	Leiden Sie häufig unter Schmerzen?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>

Kommentar zum Interview:

Akuter Verwirrtheitszustand: _____ Aphasie: _____ Verweigerung: _____

Andere:

Bemerkungen: