

Patientenname:

Datum:



Erhöhtes Verletzungsrisiko bei Sturz

**Sturzinterventionen** (Auswahl nach Farbe einkreisen)

Sturzvorgeschichte / -risiko mitteilen



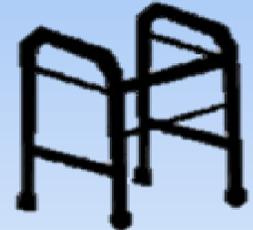
Gehhilfen



Krücken



Stock



Rollator

**Sturzrisiken** (Alle zutreffenden markieren)



Sturzvorgeschichte



Medikamente



Gehhilfe



IV-Ständer oder Gerät



Gangunsicherheit



Klingelt u. U. nicht

IV-Hilfe beim Gehen



Toilettengang: Alle \_\_\_\_\_ Stunden



Steckbecken

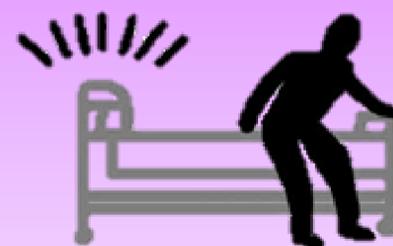


Hilfe zum WC-Stuhl



Hilfe zum WC

Bettalarm ein



Hilfe beim Aufstehen



Bettruhe



1 Person



2 Personen