

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

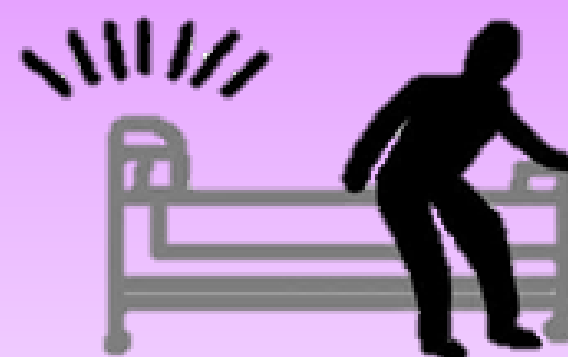


Hilfe zum WC-Stuhl



Hilfe zum WC

Bettalarm ein



Hilfe beim Aufstehen



Bettruhe



1 Person



2 Personen