

## Angelina: Identifikation geriatrischer Patienten

**Liebe Patienten,  
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen!**

**NAME:**.....**VORNAME:**.....

**Alter:**  zutreffendes bitte ankreuzen....

### 1. WOHNEN/ HILFEBEDARF

1

- Ja**
- Leben Sie allein? .....
- Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege? .....
- Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden? .....
- Benötigen Sie Unterstützung bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten? .....
- Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen? .....
- Brauchen Sie Unterstützung bei der Versorgung Ihres Haushaltes? .....
- Leiden Sie an unfreiwilligem Urin- oder Stuhlabgang? .....
- Leiden Sie häufig unter Schmerzen (evtl. trotz Medikation)? .....
- Bekommen Sie regelmäßig Besuch von einem Pflegedienst? .....
- Erhalten Sie regelmäßig Hilfe durch Familie oder Bekannte? .....
- Haben Sie einen Pflegegrad .....
- oder einen Schwerbehindertenausweis?.....

### 2. MEDIKATION

1

- Nehmen Sie 5 und mehr verschiedene Medikamente ein? .....
- Benötigen Sie Hilfe bei d. Vorbereitung der Medikamente? .....

### 3. MOBILITÄT

2

- Benötigen Sie Hilfe beim Verlassen der Wohnung durch  
Partner/ Bekannte.....  Taxi .....  Krankentransport.....
- Sind Sie in den letzten drei Monaten mehrfach gestürzt?.....
- Ist Ihnen häufig schwindelig?.....

**4. SINNE**

1

- Leiden Sie (evtl. trotz Brille) unter starken Einschränkungen beim Sehen? ....
- Leiden Sie (evtl. trotz Hörgerät) unter starken Einschränkungen beim Hören?
- Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen/ Zahnersatz? .....
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gewicht verloren? .....

**5. KRANKENHAUS**

1

- Waren Sie in den letzten drei Monaten akut im Krankenhaus? .....
- oder in den letzten 30 Tagen in einer Notfallambulanz? .....

**6. KOGNITION**

2

- Fällt es Ihnen schwerer, sich Dinge oder Namen zu merken  
oder Worte zu finden? .....
- Haben Sie sich schon mehrfach verirrt? .....
- Haben Sie mehrfach Gegenstände verlegt und nicht wiedergefunden? .....
- Brauchen Sie Hilfe bei der Regelung Ihrer Geldangelegenheiten? .....
- Benötigen Sie Unterstützung bei der Nutzung Ihres Telefons? .....

**7. STIMMUNG**

1

- Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder einsam? .....

Danke für Ihre Unterstützung!

-----

Ab  $\geq 2$  Punkte geriatrischen Handlungsbedarf überprüfen

**Summe**

**Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten?**  = neu /  = weiterführend

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Physio-/Ergo/Logo    | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Facharztüberweisung  | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> geriatr. Reha/ TagKI./ Akutgeriatrie |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Medikation/-Check    | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Geriatrische SP/ GIA | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung                |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel/ InkoMat | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Rehasport / Sport    | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ehrenamt/ Selbsthilfeberatung        |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst         | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Essen auf Rädern     | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Care-/ Case-Management               |
| <input type="checkbox"/> Keine Änderung in der Therapie                           | <input type="checkbox"/> Verbesserung nicht möglich                               |   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_