

Geriatrisches Screening bei Klinikaufnahme

gem. Bayerischem Fachprogramm Akutgeriatrie, AFGiB 2011

Name	Geb.dat.	Datum

Untersuchung bei Patienten \geq 70 Jahre

Alter	\geq 80 Jahre	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Mobilität reduziert	<ul style="list-style-type: none"> • Gangunsicherheit oder • Gehhilfen oder • Rollator 	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Pflege nötig	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegrad vorhanden oder • braucht Hilfe im Alltag 	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Geriatritypische Multimorbidität	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz oder • Verwirrtheit oder • Angst oder • Depression oder • Sehbehinderung oder • starke Schwerhörigkeit oder • Sensibilitätsstörung 	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<ul style="list-style-type: none"> • Schwindel (akut oder in den letzten 4 Wochen) oder • Stürze (mehr als 1 Sturz im letzten Jahr) oder • Multimedikation (\geq 5 Medikamente) oder • chronische Schmerzen (mind. 3 Monate) 	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrechlichkeit oder • Dekubitus (mindestens Grad 1) oder • Kachexie (z.B. BMI $<$18,5) oder • Inkontinenz (aktuell oder chronisch) oder • häufige Krankenhausbehandlung (mind. 1 KH-Behandlung in den letzten 3 Monaten) 	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Anzahl JA-Antworten (=Punktesumme)			

Interpretation:

Bei \geq 2 JA-Antworten:	<input type="checkbox"/> Geriatrisches Assessment durchführen und/oder <input type="checkbox"/> Geriatrisches Konsil einholen
----------------------------	--