



GERIATRIE, KLINIKUM
**Checkliste - Prüfung der Voraussetzungen für eine
 weitergehende geriatrische Abklärung in der Geriatrischen
 Institutsambulanz**

ID:6251
 Version: 001/08.2020
 Seite 1 von 1

Kontaktdaten:
 Tel.: 07951 / 490 - 463
 07951 / 490 - 464
 Fax: 07951 / 490 - 492

Bitte zufaxen
Wir melden uns zur Terminvereinbarung

Patientenname: _____

Befragungsdatum (Geriatrisches Assessment): _____

Hauptprobleme:.....

Der Patient (Alter ≥ 70 Jahre) muss 2 von 7 Bedingungen erfüllen.

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja / Nein

.....

Besteht eine komplexe Mobilitätsstörung? Ja / Nein

.....

Bestehen Störungen der Kognition, der Emotion oder des Verhaltens? Ja / Nein

.....

Besteht ein Frailty-Syndrom (eine Kombination aus Gewichtsverlust;
 Schwäche; verminderter Energie, Geschwindigkeit oder allgemeine Aktivität)? Ja / Nein

.....

Liegt eine Schluckstörung vor? Ja / Nein

.....

Bestehen Inkontinenzprobleme? Ja / Nein

.....

Bestehen chronische Schmerzen? Ja / Nein

.....

_____ Gesamtanzahl der „Ja“-Antworten

Ansprechpartner / Tel. des Zuweisers **Anmeldedatum** **Unterschrift und Stempel**