

Sturzprotokoll

Kunde/Klient: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Sturz erfolgte in Begleitung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – wer: _____	Sturzbericht – Kurze Erklärung wie es zum Sturz kam: 1. Aus Sicht des Klienten/Angehörigen Mit der Initialfrage: Warum sind Sie gestürzt? 2. Aus Sicht der Pflegekraft Mit welcher Maßnahme hätte aus ihrer Sicht der Sturz vermieden werden können?
Wer hat dem Gestürzten aufgeholfen?	<input type="checkbox"/> Selbstständig (ohne Hilfe) <input type="checkbox"/> Hilfe durch: _____	
Sturz erfolgte bei:	<input type="checkbox"/> Stehen oder Gehen – Transfer <input type="checkbox"/> Aufstehen oder Hinsetzen vom Stuhl oder Bett <input type="checkbox"/> andere Tätigkeit: _____	
Sturzort:	<input type="checkbox"/> Sturz im Haus – welcher Raum: _____ <input type="checkbox"/> Sturz außerhalb des Hauses – wo: _____	
Schuhe beim Sturz:	<input type="checkbox"/> offene Hausschuhe <input type="checkbox"/> geschlossene Hausschuhe <input type="checkbox"/> keine Schuhe <input type="checkbox"/> Straßenschuhe oder Turnschuhe <input type="checkbox"/> inadäquate Schuhe	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Benutzt bisher keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> gestürzt ohne eigene Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator	
Sofort erkannte Sturzfolgen:	<input type="checkbox"/> keine Verletzung <input type="checkbox"/> Schmerzen – wo: _____ <input type="checkbox"/> Prellmarke – wo: _____ <input type="checkbox"/> Platzwunde – wo: _____ <input type="checkbox"/> mögliche Fraktur – was: _____	
Eingeleitete Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> kein Arztkontakt notwendig <input type="checkbox"/> wünscht selbst keinen Arztkontakt <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung veranlasst <input type="checkbox"/> Arztkontakt – wer: _____	
<input type="checkbox"/> Interventionen eingeleitet <input type="checkbox"/> Alltagsberatung durchgeführt <input type="checkbox"/> PDL informiert <input type="checkbox"/> Patientenedukation <input type="checkbox"/> § 45 SGBXI <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> nicht erwünscht		

Datum: _____ HZ: _____

Freigabe durch	Bearbeiter	Version	Freigabe am	Freigabe bis	Seite
Qualitätsmanagementsystem © Gonda Bauernfeind					