

Geriatrisches Basis-Assessment

Patient: ##TUNAM

Geb.-Dat.: ##GEBDAT (##ALTER)

Adresse: ##STRASSE, ##ORT

Erhebungsdatum:

Wohnform: Pflegeheim Betreutes Wohnen Pflegedienst zu Hause Selbstversorger

Pflegestufe: nein Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Gesetzliche Betreuung: nein ja: (Name)

Schwerbehinderung nein ja: (GdB) (Merkzeichen)

Geriatric-Diagnosen:	<input type="checkbox"/> Pflegestufe (Z74.9)	<input type="checkbox"/> Sturzneigung (R29.6)	<input type="checkbox"/> Gehbehinderung (R26.8)
	<input type="checkbox"/> Vaskuläre Demenz (F01)	<input type="checkbox"/> Altersschwindel (R42)	<input type="checkbox"/> Dysphagie (R13.9)
	<input type="checkbox"/> Alzheimer (F00.9 + G30)	<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit (R54)	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz (R32)
	<input type="checkbox"/> Parkinson (G20.1/G20.2)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit vom Rollstuhl (Z99.3)	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (R15)
	<input type="checkbox"/> Schläffe Parese (G81.0)	<input type="checkbox"/> Spastische Parese (G81.1)	<input type="checkbox"/> Altersdepression (F32.9)
	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust (R63.4)	<input type="checkbox"/> Mangelnde Körperpflege (R46.0)	<input type="checkbox"/> Immobilität (R26.3)

Barthel Index

Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Bett-(Rollstuhl-)Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich Erhebliche Hilfe beim Transfer; Lagewechsel Liege-Sitz selbständig Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung Kann Toilette/Nachtstuhl nicht benutzen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, min. 50 m Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
SUMME		

Timed Up and Go Test

Die Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Auf Aufforderung soll sie sich - ohne fremde Hilfe - erheben, eine Strecke von 3 m gehen, umkehren und sich wieder setzen. Dabei darf sie Hilfsmittel wie eine Gehstütze verwenden.	<input type="checkbox"/> < 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt <input type="checkbox"/> 11-19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz <input type="checkbox"/> 20-29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung <input type="checkbox"/> > 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung
ZEITBEDARF	