

Geriatric-Check

A			
Alter >85 Jahre		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegestufe >1 vorhanden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegeheimbewohner		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekannte Demenz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
> 1 ja-Antwort:		wahrscheinlich geriatrischer Patient	
B	(wenn A nicht zutreffend, Geriatric-Check fortführen) Beeinträchtigungen vor dem jetzigen Akutereignis		
Mobilität	- Gangunsicherheit und/oder - wiederholte Stürze und/oder - Gehhilfe/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbständigkeit	- Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder - Inkontinenz und/oder - Unter-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kognition	- Gedächtnisprobleme und/oder - Desorientiertheit/Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psyche	- Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder - Anhaltende Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus-Aufenthalte	> 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
> 2 ja-Antworten:		wahrscheinlich geriatrischer Patient	