

Sozialanamnese für Geriatrisches Basisassessment

Name _____

Datum _____

durchgeführt von _____

Pflegegrad

nein___; Grad 1___; Grad 2___; Grad 3___; Grad 4___; Grad 5___

Vorsorgevollmacht

vorhanden: ja___; nein___; liegt in der Praxis vor: ja___; nein___

Betreuungsverfügung

vorhanden: ja___; nein___; liegt in der Praxis vor: ja___; nein___

Patientenverfügung

vorhanden: ja___; nein___; liegt in der Praxis vor: ja___; nein___

Wohnsituation

Allein___; Ehefrau___; Ehemann___; Kinder___; Andere _____

Wohnung im: Erdgeschoß___; Stockwerk___; Fahrstuhl _____

Kontakt Verwandtschaft _____

Kontakte Nachbarschaft _____

Mobilität

Einschränkungen beim Gehen: ja___; nein___; welche: _____

Gehhilfen vorhanden: ja___; nein___; welche: _____

Hilfe veranlassen: nein___; ja___; _____

Gab es einen oder mehrere Stürze in den vergangenen 12 Monaten? ja___; nein___;

wenn ja: wie oft?___; durch Stolpern?___; Schwindel?___;

Ohnmacht?___; vor dem Sturz___; nach dem Sturz_____

Haushalt

Hauswirtschaft (Saubermachen, Wäsche waschen): selbst: ja: ___ nein: ___

Einkaufen: selbst: ja: ___ nein: ___

Kochen: selbst: ja: ___ nein: ___

Hilfe veranlassen: nein ___; ja ___;

Körperpflege

Wannenbad ___; Haltegriffe _____; andere Hilfsmittel _____

Dusche ___; ebenerdig ___; Stufe ___; Haltegriffe _____; andere Hilfsmittel _____

Hilfe veranlassen: nein ___; ja ___;

Harninkontinenz: ja ___; nein ___;

Stuhlinkontinenz: ja ___; nein ___;

Inkontinenzartikel vorhanden: ja ___; nein ___; _____ notwendig: ja ___; nein ___

Hilfe veranlassen: ja ___; nein ___;

Weitere Anmerkungen: _____

Timed Up & Go- Test: _____ Sekunden