

Initialer Hausbesuch und Assessments



Inhalt

Checkliste für den initialen Hausbesuch	1
Stammdaten.....	1
Initialer Erfassungsbogen (angelehnt an GeriNOT)	2
Planung Care oder Case-Fälle	3
Planung Informationsfall.....	3
Ergänzungen zum Initialen Erfassungsbogen	4
Diagnosen ggf. mit ICD-10-Schlüssel.....	4
Medikation (OTC, Eigenmedikation, verordnete Med.)	4
Allergien	4
Zuzahlungspflicht	5
Bereitstellung bekannter Informationen zum Unterstützungsbedarf des Klienten	5
Sozialanamnese.....	6
Umgebungsfaktoren	7
Sturzprophylaxe	7
Mobilität.....	8
Ressourcen (Fähigkeiten).....	8
Wünsche (Bedürfnisse)	9
Hilfebedarf	9
Ziele (Nah- und Fernziele)	9
Auswählbare Assessment Instrumente	10
Übersicht ausgewählter Assessment-Instrumente OBERBERG_FAIRsorgt.....	10
Timed "Up & Go"-Test	11
Chair-Rising-Test	12
Norton-Skala	13
DemTect.....	14
Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman).....	18
Moca-Test	19
Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) – Pflegeanamnese nach Juchli	20
ISAR	25
Barthel-Index.....	27
Mini-Nutritional-Assessment (MNA)	29
Fatigue Assessment Scale	30
Geriatrische Depressions-Skala.....	32
Visuelle Schmerzskala	33
Numerische Schmerzskala	33
Deutscher Herzinsuffizienz-Test (DeHiT)	34

Checkliste für den initialen Hausbesuch

Sind alle Formulare unterschrieben?

- nein
- ja

Von wem wurde Klient aufgeklärt/eingeschrieben?

- Care & Case-Management OBERBERG_FAIRsorgt
- Hausarzt
- Facharzt
- Pflegedienst
- Krankenkasse
- oder andere? (Entlassmanagement, MD, SPB...)

--

Stammdaten

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Ort:	
Geb.-Datum:	
KV-Nummer:	

E-Mail-Adresse / Telefonnummer von Patient?

Email:	
Festnetz/mobil:	

E-Mail-Adresse / Telefonnummer von Angehörigen?

Email:	
Festnetz/mobil:	

OBERBERG_FAIRsorgt App installiert?

- nein
- ja

Initialer Erfassungsbogen (angelehnt an GeriNOT)

		Hilfebedarf		Hilfebedarf	Auswahl erforderlicher Assessment
Mobilität	mobil / gehfähig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Mobilitäts- Bewegungseinschränkung <input type="radio"/> mobil mit Unterstützung (Hilfsmittel/andere Personen) <input type="radio"/> Bettlägerigkeit	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Chair-Rising-Test (8) • Timed Up & Go-Test (5) • Norton-Scala (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test)
Kognition	orientiert	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> in einigen Bereichen manchmal desorientiert <input type="radio"/> in einigen Bereichen immer desorientiert <input type="radio"/> in allen Bereichen manchmal desorientiert <input type="radio"/> in allen Bereich immer desorientiert <input type="radio"/> verwirrt	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • DemTect (30) • Uhr-Ergänzungs-Test (15) • Moca-Test (30) • Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15)
Allgemeine Alltagskompetenz	in Partnerschaft / in Familie lebend keine Abhängigkeiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> allein lebend (mit/ohne Unterstützung) <input type="radio"/> Pflegestufe / Pflegegrad <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Pflege • ambulante Pflege • Pflegegeld bei häuslicher Pflege <input type="radio"/> abhängig bei: <ul style="list-style-type: none"> • Nahrungszubereitung • Nahrungsaufnahme • Körperpflege • Toilettengang • Medikamenteneinnahme • Lebensmitteleinkäufen 	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Umgebungsfaktoren (15) • ATL's (15) • ISAR (2) • Barthel (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test) • MNA (15)
Stimmung / Verhalten	angemessen / adäquat	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unkonzentriert/ruhelos/abschweifend <input type="radio"/> körperlich unruhig/erregt/agitiert <input type="radio"/> adere Verhaltensmuster (bspw. Teilnahmslosigkeit)	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15) • DemTect (30) • Uhrentest (15) • Moca-Test (30)
Sehstörung / Schwerhörigkeit	kann mit oder ohne Hilfsmittel gut sehen und hören	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Seh- oder Hörbeeinträchtigung <input type="radio"/> Seh- und Hörbeeinträchtigung	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • ATL's (an dieser Stelle 2)
Medikation	bis 5 Medikamente	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mehr als 5 Medikamente, Vergleich zum aktuellen Medikationsplan <input type="radio"/> was befindet sich alles in der Schublade ...	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Medikationscheck (20)
Krankenhausaufenthalte (innerhalb des letzten Quartals)	keine Aufenthalte	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Krankenhausaufenthalt(e) notwendig <input type="radio"/> notwendiger Besuch der Notfallaufnahme <input type="radio"/> (auch ohne erfolgte stat. Aufnahme)	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Befunde (15) • Fallakte füllen (Nachbereitung)
Schmerzen	keine akuten oder chronischen Schmerzen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> akute Schmerzen <input type="radio"/> chronische Schmerzen	<input checked="" type="radio"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzscala – visuell/numer. (5) • Medikation vorhanden? (2)

Die Kümmerer-Funktion des FM endet dort, wo die Zuständigkeit eines anderen beginnt.

Planung Care oder Case-Fälle

1. Besuch: Kontaktaufnahme, Gesamteindruck (ca. 90 Min)
 - Vertrauen aufbauen ohne Zeitdruck
 - wenn Zeit übrig ist, lieber schon ein Assessment vorziehen
 - Besprechen eines Fernzieles
 - ggf. auch Angehörige anwesend bzw. einbinden

2. Besuch: Assessments: (ca. 60-90 Min)
 - Auswahl der Assessments nach initialem Assessmentbogen
 - Setzen von Nahzielen, um das vereinbarte Fernziel zu erreichen

3. Nachbearbeitung: (individuelle Care- und Case-Fälle)
 - Bearbeitung der Nah- und Fernziele mit allen an der Versorgung Beteiligten Leistungserbringern (z.B. HA, medizinische Dienstleister, etc.)
 - Organisation, Absprachen, Telefonate in unbestimmter Anzahl und unbestimmbaren Zeitraum

4. Nachverfolgung / Evaluation: (individuelle Care- und Case-Fälle)
 - Überprüfung, ob die in die Wege geleiteten Maßnahmen funktionieren
 - werden die Nah- und Fernziele mit dem Versorgungsplan erreicht
 - ggf. Anpassung der Leistungen bzw. des Versorgungsplans notwendig

5. Ende der Versorgung bei Erreichen des vereinbarten Ziels

Planung Informationsfall

1. Besuch / Telefonat: (15-30 Min)
 - Kontaktaufnahme, Gesamteindruck und Informationsfluss
 - ggf. sogar nur telefonischer beratender Kontakt
 - ggf. nach vorherige Absprache Besuch in der Häuslichkeit

Ergänzungen zum Initialen Erfassungsbogen

Diagnosen ggf. mit ICD-10-Schlüssel

Diagnose	ICD-10

Medikation (OTC, Eigenmedikation, verordnete Med.)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bei Bedarf

Allergien

- nein
- ja, welche?

Zuzahlungspflicht

- nein (befreit)
- ja

Bereitstellung bekannter Informationen zum Unterstützungsbedarf des Klienten

Liegt eine gesicherte Einstufung des Pflegegrades vor?

- nein
- nein, Antrag auf Einstufung des Pflegegrades erstellt
- ja, seit wann:

Vorliegenden Pflegegrad eingeben:

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Haben Pflegeberatungsbesuche stattgefunden (nach §37 Abs.3 SGB XI)?

- nein (befreit)
- ja

Gibt es einen Pflegedienst?

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

Andere Dienstleister? (Mahlzeiten, med. Fußpflege, Hauswirtschaft, Physio/Ergo, etc.)

Hilfsmittel vorhanden?

Vom Care und Case-Management empfohlene Hilfsmittel?

Sozialanamnese

- alleinstehend
- Ehe-Partner*in
- Freunde
- Nachbarn

Angaben zur Kontaktperson

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

Haben Sie Angehörige/Freunde, mit denen Sie einen regelmäßigen Kontakt pflegen?

- nein
- ja, wohnen NICHT in der Nähe
- ja wohnen in der Nähe

Haben Sie Hobbies und Interessen, denen Sie nachgehen?

- nein
- ja

Sind Sie ehrenamtlich tätig oder Mitglied in einem Verein?

- nein
- ja

Umgebungsfaktoren

Sind Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen geplant?

(z.B. Badumbau, Pflegezimmer, Rampe, Treppenlift, Türverbreiterung, etc.)

- nein
- ja, welche?

Sturzprophylaxe

Sind Sie innerhalb Ihrer Häuslichkeit uneingeschränkt mobil?

- nein
- ja

Sind Sie in den letzten sechs Monaten gestürzt?

- nein
- ja

Haben Sie Angst zu stürzen?

- nein
- ja

Haben Sie Gleichgewichtsstörungen?

- nein
- ja

Tragen Sie geeignetes Schuhwerk für einen sicheren Gang?

- nein
- ja

Gibt es Haustiere in der Wohnung?

- nein
- ja, welche?

Gibt es in der Wohnung Treppen?

- nein
- ja, OHNE Treppengeländer
- ja, MIT Treppengeländer

Gibt es in der Wohnung verschiedene Hindernisse (z.B. Teppiche)?

- nein
- ja

Gibt es Haltemöglichkeiten, um einen sicheren Gang zu unterstützen?

innerhalb der Wohnung

- nein
- ja

außerhalb der Wohnung

- nein
- ja

Gibt es außerhalb der Wohnung unebene Wege/Stolperfallen?

- nein
- ja

Mobilität

Haben Sie die Möglichkeit, mit dem Auto Einkäufe usw. zu erledigen?

- nein
- ja

Können Sie den ÖPNV nutzen?

- nein
- ja

Haben Sie Interessen an der Nutzung von Begleit- und Fahrdiensten?

- nein
- ja

Ressourcen (Fähigkeiten)

Welche Ressourcen hat der Klient zur Verfügung?

- soziale Ressourcen (gutes Netzwerk, Beziehungen, Angehörige)
- Hilfsmittel
- personale Ressourcen (eigene Motivation, Fähigkeiten)
- materielle Ressourcen (finanzielle Mittel)
- körperliche Ressourcen (Gesundheitszustand)

Wünsche (Bedürfnisse)

Welche Wünsche und Bedürfnisse hat der Klient?

Hilfebedarf

Ist Hilfebedarf indiziert?

- nein
- ja, welche?

Ist administrative Unterstützung indiziert (Hilfe bei Formularen, Anträgen, etc.)?

- nein
- ja, welche?

Ziele (Nah- und Fernziele)

	Nahziele	Fernziele
S		
M		
A		
R		
T		

S – Spezifisch, M – Messbar, A – Akzeptiert, R – Realistisch, T-Terminiert

Auswählbare Assessment Instrumente

Übersicht ausgewählter Assessment-Instrumente OBERBERG_FAIRsorgt

- Mobilität
 - Timed Up&Go-Test (Beurteilung der Gangsicherheit)
 - Chair-Rising-Test (Beurteilung der körperl. Leistungsfähigkeit)
 - Norton-Skala (Beurteilung eines Dekubitus-Risiko)
- Kognition
 - DemTect
 - Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman)
 - Montreal Cognitive Test (Moca-Test)
- Allgemeine Alltagskompetenz
 - Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)
 - ISAR (Beurteilung Hospitalisationsgefährdung)
 - Barthel-Index (Beurteilung von Alltagsfähigkeiten)
 - Mini-Nutritional-Test (MNA) (Beurteilung einer Mangelernährung)
- Stimmung/Verhalten
 - Fatigue Assessment Scale (Beurteilung von Erschöpfungszuständen)
 - Geriatrische Depressionsskala (Detektion einer Depression)
- Schmerz
 - Visuelle Schmerz-Skala
 - Numerische Schmerz-Skala
- Sonstiges
 - Deutscher Herzinsuffizienz-Test (Selbsttest zur Herzschwäche)

Timed "Up & Go"-Test

Zeitmessender Test zum Aufstehen und Gehen.

1. Mobilität

1.1. Ist eine Durchführung des Tests möglich?

- Ja
- Nein

1.2. Wieviele Sekunden hat der Patient gebraucht?

(Nur Zahlen von 5 bis 120 erlaubt.)

1.3. Hat der Patient eine Gehhilfe benutzt?

- Ja
- Nein

1.4. Welche Gehhilfe wurde benutzt?

- Unterarmgehstützen mit anatomischem Handgriff
- Gehstöcke mit anatomischem Handgriff
- Achselstützen
- Mehrfußgehilfen
- Gehgestelle
- Rollator
- Sonstige

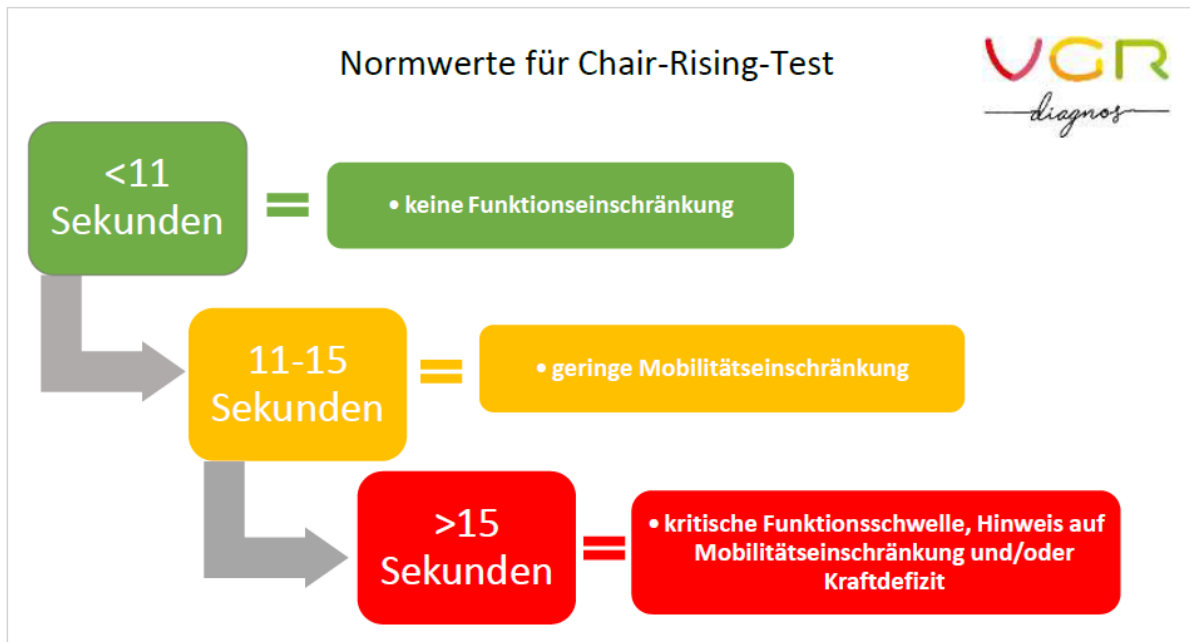
Chair-Rising-Test

Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Durchführung:

5maliges Aufsitzen mit vor dem Oberkörper gekreuzten Armen ohne sich an der Stuhllehne beim Aufstehen abzurücken

Stuhl steht frei im Raum



Norton-Skala

Zur Einschätzung eines Dekubitus-Risiko

Überarbeitete Norton-Skala										
Motivation/Bereitschaft zur Kooperation	Alter	Hautzustand	Zusatz-erkrankung	Körperlicher Zustand	Geistiger Zustand	Aktivität	Beweglichkeit	Inkontinenz		
voll	4 < 10 J	4 normal	4 keine	4 gut	4 klar	4 geht ohne Hilfe	4 voll	4 keine	4	
wenig	3 < 30 J	3 schuppig trocken	3 Psoriasis, Diabetes, Arteriosklerose, MS, Ca, Eosinophilie, Adipositas	3 leidend	3 apathisch teilnahmlos	3 geht mit Hilfe	3 kaum eingeschränkt	3 maximal	3	
teilweise	2 < 60 J	2 feucht	2 Arzneimittel, Herzerkrankung, Transfusionsreaktion	2 schlecht	2 verwirrt	2 rollstuhlbedürftig	2 sehr eingeschränkt	2 meistens	2	
Datum	keine	1 > 60 J	1 Allergien, Risse	1 sehr schlecht	1 stuporös (stumpfannäher)	1 bettlägerig	1 voll eingeschränkt	1 Urin und Stuhl	1	Gesamt
Uhrzeit										HZ

Wunde/Rötung einzeichnen; Grad jeweils an den betreffenden Körperstellen eintragen

Grad I = Rötung
 Grad II = Blasenbildung
 Grad III = Hautzerstörung
 Grad IV = Knochenbeteiligung, Nekrose und tiefe Gewebeerstörung

Norton-Risiko: > 25: gering, 20-25: mittel, 15-19: mittel-hoch, 9-14: hoch

Punkte für die Bewertung der darunter liegenden Spalte	1	2	3	4	Datum			
Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	keine Reaktion auf schmerzhaftes Stimuli, mögliche Ursache: Bewegungslosigkeit, Sedierung oder Störung der Schmerzempfindung durch Lokalanästhetika, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)	teil eingeschränkt eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum gelindert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Urhela) oder Störung der Schmerzempfindung durch Lokalanästhetika, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)	keine eingeschränkt Reaktion auf Ansprache oder Kommando Beschwerden können aber nicht immer ausgeglichen werden (z.B. dass Position geändert werden soll) oder Störung der Schmerzempfindung durch Lokalanästhetika, wenn eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	stark eingeschränkt Reaktion auf Berührung				Punkte der jeweiligen Zeile
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Urin immer wenn der Patient pedale wagt, liegt er im Bett	oft feucht die Haut ist oft feucht, aber nicht immer Bettwäsche oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	maximal feucht die Haut ist maximal feucht und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	keine feucht die Haut ist meist trocken neue Wäsche wird selten benötigt				
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	Bettlägerig am Bett gebunden	steht auf kann mit Hilfe etwas laufen kann das eigene Gewicht nicht allein tragen braucht Hilfe, um aufzutreten (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	geht wenig geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen braucht für längere Strecken Hilfe verbringt die meiste Zeit im Bett oder am Stuhl	geht regelmäßig geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht bewegt sich regelmäßig				
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	komplett immobil kann sich kaum geringfügigen Positionswandel ohne Hilfe durchführen	Mobilität stark eingeschränkt bewegt sich maximal geringfügig (Körper und Extremitäten) kann sich aber nicht regelmäßig allein ausweichend umlagern	Mobilität gering eingeschränkt macht regelmäßig keine Positionswandel der Körper und der Extremitäten	Mobil kann allein seine Position unabhängig verändern				
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	sehr schlechte Ernährung ist kleine Portionen sie auf, sondern nur etwa 1/3 ist nur 2 oder weniger Essensportionen (Mahlzeit, Fleisch, Gemüse) trinkt zu wenig nimmt keine Ergänzungspräparate zu sich oder auf oral keine Kost zu sich nehmen oder nur klare Flüssigkeiten erhält Ernährung Infusion länger als 5 Tage	Mangelernährung ist selten eine normale Essensportion auf, ist aber im allgemeinen etwa die Hälfte der empfohlenen Nahrung ist etwa 3 Essensportionen nimmt unregelmäßig Ergänzungspräparate zu sich oder erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenernährung oder Infusionen	Adäquate Ernährung ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen nimmt etwa 4 Essensportionen täglich zu sich verweigert gelegentlich eine Mahlzeit nimmt aber Ergänzungspräparate zu sich oder kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	Gute Ernährung ist immer die angebotenen Mahlzeiten auf nimmt 4 oder mehr Essensportionen zu sich ist auch manchmal zwischen den Mahlzeiten braucht keine Ergänzungspräparate				
Reibung und Scherkräfte	Problem braucht viel bis massive Reibwirkung bei Lagerwechsel anheben ist ohne Schlingen über die Laken nicht möglich ruheht im Bett oder im Rollstuhl ständig herum, muss immer wieder hochgehoben werden hat spastische Kontraktionen oder ist sehr unruhig (schwert auf den Laken)	kleines Problem bewegt sich etwa allein oder braucht wenig Hilfe beim Hochheben schiebt die Hand nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) ruheht nur selten herum	kein Problem zur Zeit bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herumzurollen					Gesamtpunkte der jeweiligen Spalte

Braden: Niedriges Risiko: 16-15 Punkte, mittleres Risiko: 14-12 Punkte, hohes Risiko: 11-9 Punkte, sehr hohes Risiko: < 9 Punkte

DemTect

DemTect (Demenz-Detektion) ist ein Testverfahren auf Demenz-Erkrankungen

1. Wortliste

1.1. Lesen Sie die Begriffe vor und lassen Sie den Probanden die Begriffe wiedergeben

Lesen Sie die Begriffe vor und markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

1.2. Wiederholung: Lesen Sie die Begriffe vor und lassen Sie den Probanden die Begriffe wiedergeben

Lesen Sie die Begriffe vor und markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

2. Zahlen umwandeln

2.1.

209

Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- korrekt
- falsch

2.2.

4054

Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- korrekt
- falsch

2.3.

sechshunderteinundachtzig

Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- korrekt
 falsch

2.4.

zweitausendsiebenundzwanzig

Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- korrekt
 falsch

3. Supermarktaufgabe

Der Proband soll in 1 Minute möglichst viele Dinge nennen, die es im Supermarkt zu kaufen gibt

Geben Sie die Anzahl der korrekt genannten Begriffe an. Maximum ist 30.

(Nur Zahlen von 0 bis 30 erlaubt.)

4. Zahlenfolge rückwärts**4.1.**

7-2

1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
 falsch

4.2.

4-7-9

1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
 falsch

4.3.

5-4-9-6

1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
 falsch

4.4.

2-7-5-3-6

1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.5.

8-1-3-5-4-2

1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.6.

8-6

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.7.

3-1-5

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.8.

1-9-7-4

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.9.

1-3-5-4-8

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- korrekt
- falsch

4.10.

4-1-2-7-9-5

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

korrekt

falsch

5. Wiederholung Wortliste

5.1. Lassen Sie den Probanden die Begriffe aus Frage 1 wiedergeben. Lesen Sie NICHT vor!

Markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman)

Prüfung komplexer Handlungsplanung und visuell-konstruktiver Fähigkeiten. Einzeichnen der Ziffern 1 bis 12 in einen vorgegebenen Kreis. Auf störungsfreies Setting achten.

1. Kognition

1.1. Ist die Zahl "12" korrekt platziert?

- Ja
- Nein

1.2. Sind genau 12 Zahlen vorhanden?

- Ja
- Nein

1.3. Kann man zwei Zeiger unterscheiden?

- Ja
- Nein

1.4. Entspricht die geschriebene Zeit der gezeichneten Zeit?

- Ja
- Nein

Moca-Test

Zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit.

NAME : _____
 Ausbildung : _____
 Geschlecht : _____
 Geburtsdatum : _____
 DATUM : _____

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV							PUNKTE
<p style="text-align: right;">Würfel nachzeichnen</p>	Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)					[] /5	
BENENNEN							
		[]	[]	[]	___/3		
GEDÄCHTNIS							
Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)		GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte
1. Versuch							
2. Versuch							
AUFMERKSAMKEIT							
Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)		In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4					
		Rückwärts wiederholen [] 7 4 2					___/2
Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1
Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
		4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.					
SPRACHE							
Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“		[]					___/2
„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren.“		[]					
Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen		[] _____ (N ≥ 11 Wörter)					___/1
ABSTRAKTION							
Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht		[]	Eisenbahn - Fahrrad		[]	Uhr - Lineal	___/2
ERINNERUNG							
Worte erinnern OHNE HINWEIS		GESICHT []	SAMT []	KIRCHE []	TULPE []	ROT []	___/5
Hinweis zu Kategorie							Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis
Optional Mehrfachauswahl							
ORIENTIERUNG							
[] Datum [] Monat [] Jahr [] Wochentag [] Ort [] Stadt							___/6
© Z Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartusch, SG Zipper		Normal ≥ 26 / 30					TOTAL ___/30
www.mocatest.org Untersucher: _____							+ 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) – Pflegeanamnese nach Juchli

Wachsein und Schlafen

Haben Sie einen gesunden Schlaf und Schlafrhythmus?

- ja
- nein, warum?
 - Einschlafprobleme
 - Durchschlafprobleme
 - Tag- und Nachtumkehr

Sich bewegen

Können Sie sich selbstständig bewegen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Können Sie ohne Hilfsmittel zurecht?

- ja
- nein

Können Sie diese selbstständig einsetzen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Sich waschen und kleiden

Können Sie sich selbstständig waschen und kleiden?

- ja
- nein
- teilweise

Können Sie sich selbstständig baden und duschen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Können Sie sich selbstständig am Waschbecken waschen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Hautzustand

Ist Ihre Haut intakt?

- ja
- nein

Gibt es Wunden?

- nein
- ja, welche?

Gibt es andere Hautprobleme?

- nein
- ja, welche?

besonderer Hautzustand:

- feucht
- trocken
- schuppig
- Ekzeme

Können Sie Ihre Fuß- und Nagelpflege selbständig durchführen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Können Sie Ihre Haarpflege selbständig durchführen?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Essen und Trinken

Können Sie regelmäßig essen und trinken?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbständig zu?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig

Müssen Sie eine besondere Darreichungsform/Diät beachten?

- nein
- ja, welche?

PEG / Magensonde

- ja
- nein

Wie ist Ihr Ernährungszustand?

- normal
- adipös
- kachektisch
- exsikkiert

Ausscheiden

Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel die Toilette benutzen?

- ja
- nein

Sind Sie harnkontinent?

- ja
- nein
 - teilweise selbständig
 - unselbständig
 - DK / SPK-Versorgung

Benötigen Sie Inkontinenz-Material?

- nein
- ja, welche? (Vorlagen, Pants, Schutzhose)

Haben Sie einen normalen und regelmäßigen Stuhlgang?

- ja
- nein
 - unregelmäßig
 - neigt zu Durchfall
 - neigt zu Verstopfung
 - AP-Versorgung

Atmen

Haben Sie eine normale und gesunde Atmung?

- ja
- nein
 - eingeschränkt
 - Ruhedyspnoe
 - Belastungsdyspnoe
 - mit Auswurf
 - Zyanose
 - Asthma

Benötigen Sie Hilfsmittel?

- nein
- ja , welche?
 - Sauerstoffgerät
 - Atem-Trainer
 - Inhalier-Gerät
 - Dosier-Aerosol
 - andere:

Sich sicher fühlen

Können Sie für Ihre eigene Sicherheit sorgen?

- ja
- nein

Besteht eine Fremdgefährdung?

- ja
- nein

Haben Sie einen Hausnotruf?

- nein
- es wird einer benötigt
- ja, welcher Anbieter

Können Sie selbständig Ihre Medikamente bereitstellen?

- ja
- nein, wer übernimmt diese Aufgabe?

--

Können Sie selbständig Ihre Medikamente einnehmen?

- ja
- teilweise
- nein, wer unterstützt bei der Medikamenteneinnahme?

Raum und Zeit gestalten

Können Sie Ihren Tagesablauf sinnvoll und selbständig gestalten?

- ja
- teilweise
- nein
 - welche Unterstützung ist vorhanden oder möglich?
 - Tagespflege
 - regelmäßige Veranstaltungen (Seniorentreff)

Kommunizieren

Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel kommunizieren?

- ja
- nein, warum?

Screeninginstrument zur Identifizierung älterer Risikopatienten.

1. Hilfebedarf

Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?

- ja
- nein

Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?

- ja
- nein

2. Hospitalisation

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?

- ja
- nein

3. Sensorische Einschränkungen

Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?

- ja
- nein

4. Kognitive Einschränkungen

Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?

- ja
- nein

5. Multimorbidität

Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?

- ja
- nein

6. Gewichtsverlust

Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig Gewicht verloren?

- ja
- nein

Wieviel Gewicht haben Sie verloren?

(Nur Zahlen von 0 bis 50 erlaubt. Dezimalzahlen sind erlaubt.)

In wie vielen Wochen haben Sie dieses Gewicht verloren?

(Nur Zahlen von 0 bis 160 erlaubt.)

Barthel-Index

Screeninginstrument zur Erfassung der Alltagsfähigkeit von Menschen mit Einschränkungen.

1. Essen

- Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS-(Magensonde)/PEG-Ernährung (perkutane endoskopische Gastrostomie)
- Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung
- Komplette selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung /-Versorgung

2. Baden/Duschen

- Erfüllt Bedingungen nicht
- Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen oder abtrocknen

3. Sich waschen

- Erfüllt Bedingungen nicht
- Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren

4. An- und Auskleiden

- Erfüllt Bedingungen nicht
- Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus
- Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an und aus

5. Stuhlinkontinenz

- Ist durchschnittlich mehr als 1-mal pro Woche stuhlinkontinent
- Ist durchschnittlich nicht mehr als 1-mal pro Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
- Ist stuhlinkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung

6. Harninkontinenz

- Ist durchschnittlich mehr als 1-mal pro Woche harninkontinent
- Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
- Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harnkontinenz oder versorgt seinen DK komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)

7. Toilettenbenutzung

- Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
- Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung
- Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung

8. Aufsetzen und Umsetzen

- Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
- Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
- Komplette selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück

9. Aufstehen und Gehen

- Erfüllt Bedingungen nicht
- Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. Alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl
- Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mithilfe eines Gehwagens gehen
- Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen

10. Treppensteigen

- Erfüllt Bedingungen nicht
- Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter
- Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen

Mini-Nutritional-Assessment (MNA)

Screeninginstrument zur Abklärung einer Mangelernährung.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Name:		Vorname:		
Geschlecht:	Alter (Jahre):	Gewicht (kg):	Größe (cm):	Datum:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die betreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis der Anamnese zu erhalten.

Anamnese	
A Hat die Nahrungsaufnahme während der zurückliegenden 3 Monate aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schluckstörungen abgenommen? 0 = schwere Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>
B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten 0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = weiss es nicht 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>
C Mobilität 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt Wohnung	<input type="checkbox"/>
D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate? 0 = ja 2 = nein	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychologische Probleme 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	<input type="checkbox"/>
F1 Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergröße²), in kg/m²) 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.
 WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

F2 Wadenumfang (WU in cm) 0 = WU < 31 3 = WU ≥ 31	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Ergebnis der Anamnese (max. 14 Punkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-14 Punkte: normaler Ernährungszustand 8-11 Punkte: Gefahr der Mangelernährung 0-7 Punkte: Mangelernährung		

Für eine tiefergehende Anamnese, bitte die vollständige Version des MNA® ausfüllen, die unter www.mna-elderly.com zu finden ist.

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Fatigue Assessment Scale

Fragebogen über Ermüdungserscheinungen.

Ich leide unter Ermüdungserscheinungen

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Ich bin schnell müde

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Ich habe genug Energie für den Alltag

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Körperlich fühle ich mich erschöpft

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Es fällt mir schwer, klar zu denken

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Ich habe keine Lust, etwas zu unternehmen

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Ich fühle mich geistig erschöpft

- niemals
- monatlich oder weniger
- ein paar Mal pro Monat
- wöchentlich
- täglich

Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren

- niemals
- manchmal
- regelmäßig
- oft
- immer

Geriatrische Depressions-Skala

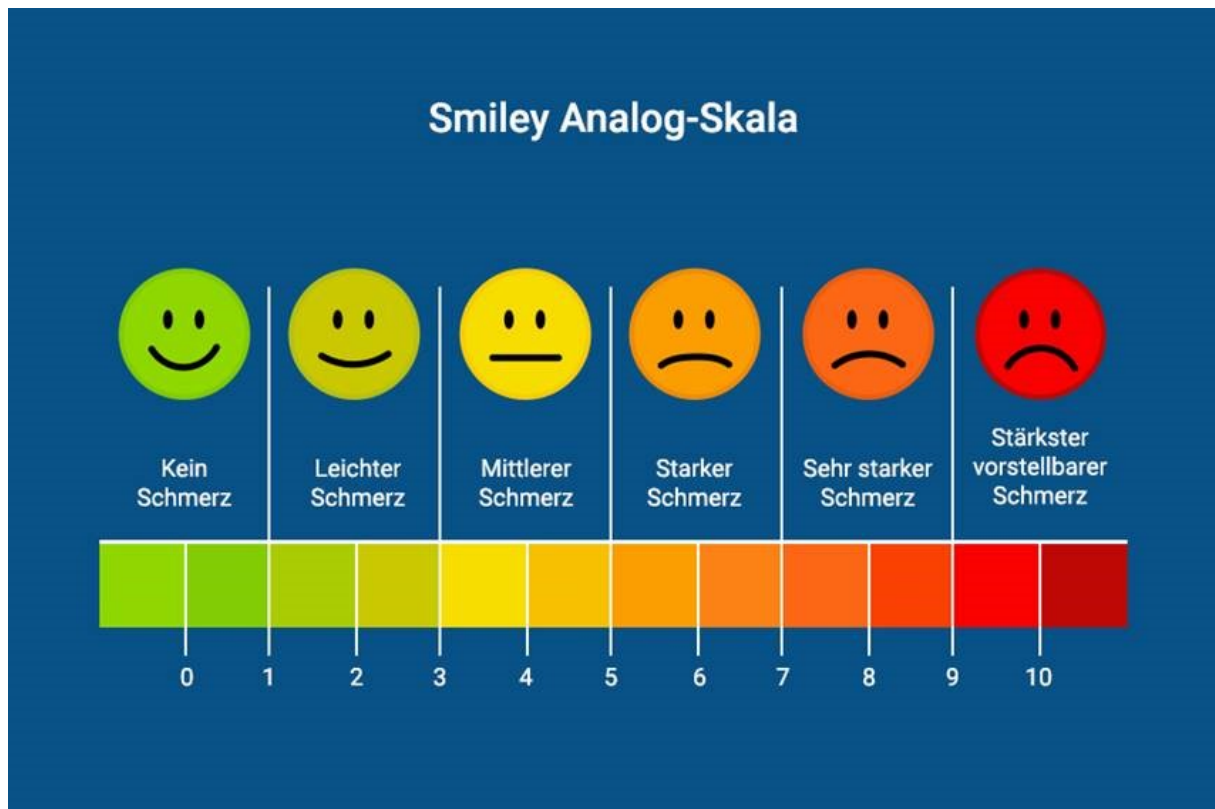
Screeninginstrument zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression.

Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?		
Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei leer?		
Ist Ihnen oft langweilig?		
Sind Sie meist guter Laune?		
Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?		
Sind Sie meist zufrieden?		
Fühlen Sie sich hilflos?		
Sind Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und etwas zu unternehmen?		
Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?		
Finden Sie, es sei wunderbar, zu leben?		
Fühlen Sie sich so wie Sie sind wertlos?		
Fühlen Sie sich energiegeladener?		
Finden Sie, Ihre Lage ist hoffnungslos?		
Glauben Sie, die meisten Leute haben es besser als Sie?		
0 bis 5 Punkte: <i>normal</i> 5 bis 10 Punkte: <i>leichte bis mäßige Depression</i> 11 bis 15 Punkte: <i>schwere Depression</i>	Summe (graue Kästchen):	

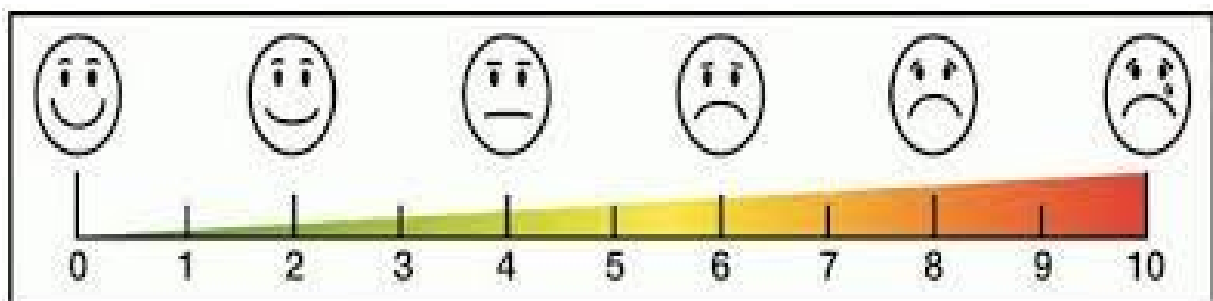
Visuelle Schmerzskala

Screenininstrument zur Erfassung des subjektiven Schmerzempfindens.



Numerische Schmerzskala

Zur Erfassung der Schmerzerfassung und Therapiesteuerung.



Bührlen M Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2013; 6 (4): 7-14 ©

Der Fragebogen

Fragebogen für den HERZSCHWÄCHE-SELBSTTEST DeHiT (Deutscher Herzinsuffizienz-Test)

Dieser Fragebogen soll Ihnen helfen, eine Herzschwäche zusammen mit Ihrem Arzt so früh als möglich zu erkennen und dadurch erfolgreich zu behandeln. Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Als Antwort wählen Sie im Ankreuzverfahren entweder „ja“, „nein“ oder „vereinzelt“.

Bitte gehen Sie dann auf die Rückseite, lesen die für Ihr Kreuz jeweils angegebene Punktzahl bei der entsprechenden Frage ab und tragen diese auf der Vorderseite unter der Rubrik „Punkte“ ein. Nun addieren Sie Ihre Punktezahl und tragen sie in das grau hinterlegte Feld ein.

	Frage	Ja	Nein	Vereinzelt	Punkte
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?				
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?				
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?				
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?				
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhte Kopfteil)				
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?				
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?				
8.	Haben Sie geschwollene Füße oder Fußknöchel?				
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?				
10.	Haben Sie Herzstolpern?				
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?				
10.b	Sie können Ihren Puls messen: ist er unregelmäßig?				
				Summe:	

Sollten Sie in der Summe 10 Punkte oder mehr errechnet haben, so ist eine Herzschwäche möglich, bei 20 oder mehr Punkten wahrscheinlich.

Bitte nehmen Sie diesen Fragebogen mit zu Ihrem nächsten Hausarztbesuch und besprechen Ihre Beschwerden als auch das Ergebnis dieses Fragebogens dort.

Tab. 2 Score zur Auswertung der Fragen

	Frage	Ja	Nein	vereinzelt
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?	2	0	1
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?	3	1	2
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?	3	0	2
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?	2	0	1
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhtes Kopfteil)	3	0	2
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?	3	0	2
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?	3	0	2
8.	Haben Sie geschwollene Füße oder Fußknöchel?	2	0	1
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?	3	1	2
10.	Haben Sie Herzstolpern?	2	0	1
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?	2	0	1
10.b	Sie können Ihren Puls messen: ist er unregelmäßig?	2	0	1