**Geriatrisches Screening  
  
Fax an 062 311 23 32 (zusammen mit Zuweisungsschreiben)**

Patienten-Ettikette

**Auftrags-Datum:**

**Untersuchung bei Patientinnen und Patienten ≥ 70-jährig**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alter** | ≥ 80-jährig | JA | NEIN |
| **Mobilität reduziert** | * Gangunsicherheit * Hilfsmittel nötig (Rollator etc.) * Mobilisation in Begleitung | JA | NEIN |
| **Geriatrische**  **Syndrome** | * Sturz (> 1 Sturz im letzten Jahr) oder * chronische Schmerzen (≥ 3 Monate) oder * Schwindel | JA | NEIN |
|  | * Angst/Depression oder * Demenz/Delir oder * sensorische Defizite | JA | NEIN |
|  | * Gebrechlichkeit („frail“) oder * rezidivierende Hospitalisationen oder * Inkontinenz oder * Dekubitus (mindestens Grad 1) oder * Malnutrition | JA | NEIN |
| **bei ≥ 2 JA-Antworten** | Anmeldung geriatrisches Konsil empfohlen | JA | NEIN |

----------------------------------------- wird durch Kaderarzt Akutgeriatrie beurteilt: -------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Akutgeriatrie** | Aufnahme Akutgeriatrie | SPÄTER | JA | NEIN |
| **Frührehabilitation** | Akutspital-Bedürftigkeit voraussichtlich mindestens 10 Tage  (wenn nein 🡪 Rehabilitation/Langzeitpflege) | | JA | NEIN |
|  | Frührehabilitations-Bedürftigkeit vorhanden  (intensive therapeutische Massnahmen notwendig) | | JA | NEIN |
|  | Frührehabilitations-Fähigkeit vorhanden | | JA | NEIN |
|  | Einverständnis/Compliance vorhanden  (ggf. auch von Angehörigen) | | JA | NEIN |
|  | Entscheid Durchführung frührehabilitative Komplexbehandlung | SPÄTER | JA | NEIN |