**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 | [x]  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 |