

Sturzereignisprotokoll

Klient/ -in: Mustermann Max

Geburtsdatum: 22.07.1931

Anschrift: Musterstr.11, 33445 Musterstadt

1. Ort des Sturzes

<input type="checkbox"/> Hauseingang	<input type="checkbox"/> Haustür	<input type="checkbox"/> Bad/ Toilette	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Treppenhaus	<input type="checkbox"/> Wohnungstür	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

2. Zeitraum des Sturzes

Datum:

Uhrzeit:

3. Wurde der Sturz beobachtet/ Gab es Zeugen?

Nein Ja

Falls ja, durch wen? _____

4. Kann sich der/ die Klient/ -in zum Vorgang des Sturzes äußern?

Nein Ja Was sagt der/ die Klient/ -in dazu? _____

Sind aus der Vorgeschichte Stürze bekannt? Nein Ja

5. Wie kam es zum Sturz?

Ist der/ die Klient/ -in gestolpert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist der/ die Klient/ -in ausgerutscht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist der/ die Klient/ -in zu Boden geschlittert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist der/ die Klient/ -in umgeknickt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurde der/ die Klient/ -in bedrängt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
War ein Hindernis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist der/ die Klient/ -in aus dem Bett gefallen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatte der/ die Klient/ -in ein Bettgitter?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
War das Bettgitter hochgezogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

6. Könnte die innere Befindlichkeit des Klienten den Sturz ausgelöst haben?

Nein Ja, _____ (z. B. starke Erregung/ Angst)

