

Kundin Name / Vorname	Ausgefüllt durch: Name / Vorname
Geburtsdatum	Datum



Checkliste zur Einschätzung und Früherkennung möglicher Risiken

Bewegungsfähigkeit

- | | Ja | Nein | Nicht beurteilbar |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Stützt sich die Kundin ¹ beim Gehen an Wänden, Möbel usw. ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wirkt die Kundin unsicher im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Gehstöcke)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Braucht die Kundin mehrere Anläufe und stützt sich beim Aufstehen an der Lehne ab, damit sie alleine von einem Stuhl aufstehen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ist die Kundin nicht in der Lage Treppen (mindestens drei Tritte) zu bewältigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kommt die Kundin beim Gehen extrem langsam vorwärts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Klagt die Kundin über Schwindel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Klagt die Kundin über Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Äussert die Kundin Angst zu stürzen oder berichtet, beinahe gestürzt zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Berichtet die Kundin von Stürzen in der letzten Zeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährung

- | | Ja | Nein | Nicht beurteilbar |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Klagt die Kundin über mangelnden Appetit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat es verdorbene Lebensmittel oder Mahlzeiten im Kühlschrank oder bei den Vorräten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben sich die Essgewohnheiten oder die Einkäufe in letzter Zeit zum Schlechteren verändert (isst die Kundin weniger, einseitiger, unregelmässiger)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hat die Kundin sichtbar an Gewicht verloren (sind die Kleider um die Taille oder um den Hals locker geworden)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Im Dokument wird die weibliche Form gewählt, gemeint sind aber beide Geschlechter.

Kundin
 Name / Vorname



Geistiger Zustand	Ja	Nein	Nicht be- urteilbar
14. Kann sich die Kundin nicht merken, aus welcher Institution ich komme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kommt es vermehrt vor, dass Termine oder Abmachungen nicht eingehalten werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Erzählt oder fragt die Kundin immer wieder während des gleichen Einsatzes das Gleiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sucht die Kundin vermehrt Gegenstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Befinden sich Gegenstände an ungewohnten / unpassenden Orten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Macht die Kundin Aussagen über Sorge oder Ärger bezüglich ihrer Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Äussert die Kundin Schwierigkeiten mit der Handhabung von gewohnten Geräten zu haben (z.B. Kaffeemaschine, Fernseher, Telefon)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sieht es aus, als ob die Post nicht mehr erledigt wird, Zeitschriften / Zeitungen nicht gelesen werden, nur aufgestapelt, Briefe ungeöffnet sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Erzählt die Kundin von Ereignissen, die nicht glaubhaft wirken oder nicht stimmen können (Ehepartner komme zum Zmittag, dieser ist aber schon seit Jahren tot).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit / Sucht	Ja	Nein	Nicht be- urteilbar
23. Liegen Medikamente ohne Schachtel / ohne Blister in der Wohnung herum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Äussert sich die Kundin belastet oder unsicher, die Medikamente sicher zu verwalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hat die Kundin wiederholt Mundgeruch von Alkohol (Fahne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Trinkt die Kundin bereits bei den Einsätzen am Morgen alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Verhält sich die Kundin auffällig z.B. anzüglich, enthemmt, distanzlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ist das Kochgeschirr wiederholt stark angebrannt oder weist stark angebrannte Resten auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kundin
 Name / Vorname



Sinnstiftende Aktivität / soziale Integration	Ja	Nein	Nicht beurteilbar
29. Äussert die Kundin Bedauern über zu seltene Telefongespräche oder Besuche durch Bekannten/Freunde in der letzten Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Äussert die Kundin Bedauern, in letzter Zeit ihre gewohnten Aktivitäten (Vereinsleben, regelmässige Treffen, kirchliche Aktivitäten usw.) nicht mehr ausführen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ist die Kundin täglich weniger als eine halbe Stunde körperlich aktiv (spazieren, haushalten, einkaufen, turnen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Macht die Kundin Aussagen „antriebslos“, „lebensmüde“ zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Macht die Kundin Aussagen, dass sie sich einsam fühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Macht die Kundin Aussagen, sich unnützlich zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sagt die Kundin, dass sie sich mit ihren Problemen allein gelassen fühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sind die Jalousien tagsüber geschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Vernachlässigt die Kundin ihr Haustier und/oder ihre Pflanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontinenz	Ja	Nein	Nicht beurteilbar
38. Klagt die Kundin über unkontrollierten Urin-/ Stuhlabgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Hat die Wäsche (Kleider oder Bettwäsche) sichtbare Urin-/ Stuhlflecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Riecht es in der Wohnung nach Urin/Stuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belastung von Angehörigen	Ja	Nein	Nicht beurteilbar
Es sind Angehörige in Betreuung involviert Wenn nein, die Fragen 41 –45 nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41. Machen Angehörige Aussagen, wie: „seelisch belastet sein“, „wütend sein“, „müde sein“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Machen Angehörige Aussagen, wie: „körperlich belastet sein“, „ausgelaugt sein“, „zu wenig schlafen zu können“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Machen Angehörige Aussagen, wie: „Bedenken/Angst vor der Zukunft zu haben“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Klagt die Kundin über Ärger mit Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Berichtet die Kundin, dass ihre Angehörigen belastet oder überlastet seien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>