



Reiner Schwope

Physiotherapie und Gesundheitsmanagement

Geriatrischer Befund – Optimierte Vorlage nach aktuellen Standards

1. Stammdaten

- Name, Vorname:
- Geburtsdatum:
- Aufnahmedatum:
- Datum der Befunderhebung:
- Durchführende Person:
- Station/Raum:
- Angehörige / Bezugsperson:

2. Anamnese

- Medizinische Vorgeschichte (inkl. Vorerkrankungen, Operationen, Impfstatus):
- Aktuelle Beschwerden und Symptome:
- Medikamentenanamnese (inkl. Selbstmedikation, Wechselwirkungen, Adhärenz):
- Allergien / Unverträglichkeiten:
- Sozialanamnese (Wohnsituation, Unterstützung, finanzielle Ressourcen, Pflegegrad):
- Ressourcen und Wünsche der Patient:in:

3. Allgemeinzustand

- Körperlicher und geistiger Zustand:

- Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur):
- Bewusstseinslage:
- Sprache, Mimik, Stimmung:

4. Mobilität und körperliche Funktion

- Gangbild:
- Gleichgewicht:
- Muskelkraft:
- Gelenkbeweglichkeit:
- Hilfsmittelbedarf:
- Sturzprophylaxe / Sturzrisiko:
- Standardisierte Tests (z. B. Tinetti, Timed Up and Go):

5. Selbstversorgung und Alltagskompetenz

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Waschen, Ankleiden, Essen, Toilettengang
- Instrumentelle Aktivitäten (IADL): Einkaufen, Kochen, Haushalt, Telefonieren, Finanzen
- Hilfsmittelbedarf:
- Funktionelle Skalen (z. B. Barthel-Index, FIM-Score):

6. Kognition und Gedächtnis

- Orientierung (Zeit, Ort, Person):
- Gedächtnisleistung:
- Konzentration und Aufmerksamkeit:
- Standardisierte Tests (z. B. MMSE, Uhrentest):

7. Emotion und psychosoziale Situation

- Stimmungslage:
- Soziale Kontakte und Teilhabe:
- Depressions-/Angstsymptome (z. B. Geriatrische Depressionsskala):
- Motivation, Lebenszufriedenheit:

8. Schmerz und Symptome

- Lokalisation und Intensität von Schmerzen (z. B. NRS, VAS):
- Weitere Symptome (z. B. Atemnot, Schwindel, Inkontinenz):

9. Ernährung und Schluckfunktion

- Ernährungszustand (BMI, Gewichtsverlauf, Appetit):
- Schluckstörungen, Mundgesundheit:
- Mangelernährung (Screening, z. B. MNA):
- Flüssigkeitszufuhr:

10. Medikation

- Aktuelle Medikation (inkl. Dosierung, Einnahmeprobleme):
- Polypharmazie / Wechselwirkungen:

11. Weitere Domänen (bei Bedarf)

- Hautzustand / Wundmanagement:
- Schlafqualität:
- Seh- und Hörvermögen:
- Schluckfunktion / Mundgesundheit:

12. Zusammenfassung und Empfehlungen

- Wichtigste Befunde:
- Ressourcen und Risiken:
- Empfehlungen für Therapie, Pflege, soziale Maßnahmen:
- Zielvereinbarungen (gemeinsam mit Patient:in und Angehörigen):
- Weitere Maßnahmen / Evaluation:

13. Interdisziplinäre Abstimmung

- Beteiligte Berufsgruppen:
- Besprochene Ziele / Maßnahmen:
- Regelmäßige Evaluation geplant am:

14. Unterschrift / Datum

- Unterschrift Behandler:in:
- Datum:

Anleitung zur Anwendung:

1. Alle Abschnitte systematisch und vollständig ausfüllen.
2. Standardisierte Tests und Skalen dokumentieren und regelmäßig wiederholen.
3. Individuelle Ziele und Ressourcen der Patient:innen einbeziehen.
4. Empfehlungen klar und praxisnah formulieren.
5. Interdisziplinäre Abstimmung dokumentieren und Evaluationstermine festlegen.

Diese Vorlage basiert auf aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien (S1/S3-Leitlinie Geriatrisches Assessment, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Cochrane-Reviews) und ist für alle geriatrischen Settings geeignet.