Sturzprotokoll

Orientierungsvorlage von dokuhelfer.de - ersetzt nicht das Formular Ihrer Einrichtung

1 Person

Name der versorgten Person: _____ Geb.-Datum: _____

Bereich/Zimmer: _____ Pflegegrad: _____

Verantwortliche Pflegefachkraft: _____ Betreuung/Angehörige: _____

2 Vorgeschichte und Risiko

Erster Sturz? ☐ ja ☐ nein

Sturzrisiko-Screening durchgeführt? ☐ ja ☐ nein Ergebnis: _____

Vorbeugende Maßnahmen vor dem Sturz? ☐ ja ☐ nein welche: _____

Zustand und Uhrzeit, zu der die Person zuletzt gesehen wurde: _____

Risikofaktoren (z. B. Medikamente, Erkrankungen, Mobilität): _____

_____

3 Ereignis

Datum: _____ Uhrzeit (Ereignis/Auffinden): _____

Ort: _____

Sturz: ☐ beobachtet ☐ nicht beobachtet ☐ Beinahe-Sturz

Person war: ☐ allein ☐ in Begleitung von: _____

Aufgefunden: ☐ liegend ☐ sitzend ☐ anders Wie bemerkt: _____

Als Erstes vor Ort: _____

4 Hergang (nur Beobachtetes; Aussagen als Aussage, wörtlich)

_____

_____

_____

Person kann Hergang schildern: ☐ ja ☐ nein

Zeuge/Zeugin: ☐ ja ☐ nein Name: _____

Aussage der Zeugin/des Zeugen: _____

Sturzart (falls erkennbar): ☐ ausgerutscht ☐ gestolpert ☐ aus dem Bett ☐ zu Boden geglitten

Sonstiges: _____

Texte auf dokuhelfer.de entstehen mit KI-Unterstützung als erstem Schritt. André prüft sie anschließend fachlich, ergänzt und verantwortet sie, bevor sie veröffentlicht werden.

dokuhelfer.de - Aus der Pflege für die Pflege. Orientierungshilfe, keine Rechtsberatung. Maßgeblich sind die Verfahrensanweisungen Ihrer Einrichtung.

Sturzprotokoll

Orientierungsvorlage von dokuhelfer.de - ersetzt nicht das Formular Ihrer Einrichtung

5 Zustand nach dem Sturz

Bewusstsein direkt nach dem Sturz: ☐ wach ☐ desorientiert ☐ schläfrig ☐ nicht erweckbar

Orientierung vor dem Sturz: ☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person

Orientierung nach dem Sturz: ☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person

Sichtbare Verletzungen: ☐ nein ☐ ja:

Art: ☐ Hämatom ☐ Schürfwunde ☐ Platzwunde ☐ Prellung ☐ V. a. Fraktur

Ort/Größe/Beschreibung: _____

Schmerzen: ☐ nein ☐ ja Ort, Art: _____

NRS in Ruhe (0-10): _____ NRS bei Bewegung (0-10): _____

Vitalzeichen (RR, Puls, SpO2, Temp., BZ): _____

6 Umgebung und Einflussfaktoren

Licht: ☐ hell ☐ dunkel ☐ blendend ☐ Schatten

Stolperfallen: ☐ nein ☐ ja: welche: _____

Schuhwerk: ☐ barfuß ☐ Socken ☐ ABS-Socken ☐ Pantoffeln ☐ festes Schuhwerk

Hilfsmittel: ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Stock ☐ Brille in Reichweite? ☐ ja ☐ nein

Schutzkleidung: ☐ nein ☐ ja: welche: _____

Fixierung/freiheitsentziehende Maßnahme angewendet: ☐ nein ☐ ja

7 Maßnahmen und Information (mit Uhrzeit)

Erstmaßnahmen/Wundversorgung: _____

Schmerzmittel gegeben (nach Anordnung, Präparat/Dosis): _____

Arzt/Ärztin (Name): _____ Uhrzeit: _____

Verlegung ins Krankenhaus: ☐ nein ☐ ja: wohin: _____

Angehörige/Betreuung informiert (wer): _____ Uhrzeit: _____

8 Nachbeobachtung und Folgen

Nachbeobachtung (was, wie lange; laut Vorgabe der Einrichtung/Anordnung): _____

☐ Sturzrisiko neu eingeschätzt ☐ Pflegeplanung angepasst ☐ Evaluation terminiert

Weitere Maßnahmen: _____

Ausgefüllt von (Name, Funktion): _____ Ort, Datum: _____

Handzeichen/Unterschrift: _____