

# Sturzereignisprotokoll



Ihr Partner in der Wundversorgung

## Persönliche Angaben

Name der gestürzten Person	
Geburtsdatum	
Wohnort (Adresse) ggf. Wohnbereich mit Zimmernummer	
Name und Telefonnummer Pflege- einrichtung / ambulanter Dienst	
Name der zuständigen Pflegekraft	
Name des Betreuers	
Pflegegrad	

## Analyse des Sturzereignisses

Ist die Person zum ersten Mal gestürzt?	ja	nein
Wurde ein Sturzrisikoscreening durchgeführt? Falls ja, wie hoch wurde das Risiko eingeschätzt?	gering extrem hoch	hoch Keine Angabe
Wurden Maßnahmen zur Sturz- prävention vor dem Sturzereignis eingeleitet? Falls ja, welche?		
In welchem Zustand und wann wurde die gestürzte Person vor dem Sturzereignis zuletzt gesehen?		
Sturzbegünstigende Medikation (z. B. sedierend, harntreibend)		
Sturzbegünstigende Erkrankungen (z. B. Demenz, Parkinson, fiebrhafter Infekt)		
Ernährungszustand (ggf. BMI)		
Mobilität		
Sonstiges		

# Sturzereignisprotokoll



Ihr Partner in der Wundversorgung

## Beschreibung des Sturzereignisses

Uhrzeit des Sturzes	
Ort des Sturzes	
War die Person allein?	ja            nein, in Begleitung von:
Wie sind Sie auf die Sturzsituation aufmerksam geworden?	
Wie wurde die Person aufgefunden (z. B. sitzend, liegend etc.)?	
Wer war zuerst am Unfallort?	
Umstand des Sturzes	ausgerutscht            gestolpert            zu Boden geglitten aus dem Bett gefallen            Sonstiges:
Wie würden Sie den Sturzhergang beschreiben?	
Kann sich die gestürzte Person zum Sturzhergang äußern?	nein            wenn ja, Sturzschilderung der gestürzten Person:
Wurde der Sturzhergang von einer weiteren Person beobachtet (z. B. von Angehörigen, bitte Name angeben)?	nein            wenn ja, Schilderung von Zeugen:
Angaben zur Situation	
Welche Hilfsmittel wurden von der Person genutzt?	Rollator            Gehstock            Gehbock Rollstuhl            Brille            Sonstiges:
Trug die gestürzte Person Schutzkleidung? Wenn ja, welche?	

# Sturzereignisprotokoll



Ihr Partner in der Wundversorgung

Wie waren die Lichtverhältnisse?	hell schattenbildend	dunkel blendend
Lagen Stolperfallen vor?	nein	wenn ja, welche:
Trug die gestürzte Person etwas an den Füßen?	nein, barfuß offen Schuhe z. B. Pantoffel	Strümpfe Stoppersocken festes Schuhwerk
Wurden freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?	nein	wenn ja, welche:

## Angaben zu Sturzfolgen (sofort erkennbar)

Sind körperliche Verletzungen erkennbar?	nein	ja
	Ort der Verletzung: .....	
	Beschreibung der Verletzung:	
	Art:	Platzwunde      Schürfwunde      Prellmarke Hämatom      Frakturverdacht Anderes: .....
Äußert die betroffene Person Schmerzen?	nein	ja
	NRS-Schmerzskala in Bewegung: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	NRS-Schmerzskala in Ruhe:      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Ort der Schmerzen: .....	
War die betroffene Person vor dem Sturz orientiert?	örtlich orientiert örtlich desorientiert	zeitlich orientiert zeitlich desorientiert
		zu Person orientiert zu Person desorientiert
Wie ist der Bewusstseinszustand der betroffenen Person direkt nach dem Sturzereignis?	wach nicht erweckbar	ansprechbar schläfrig wirkt desorientiert

# Sturzereignisprotokoll



Ihr Partner in der Wundversorgung

## Erstmaßnahmen nach dem Sturzereignis

Wurde ein Arzt informiert?	nein      ja      Uhrzeit: .....
	Name des Arztes: .....
Vitalzeichenkontrolle	Blutdruck: .....      Puls: ..... Temperatur: .....      Blutzucker: ..... Sauerstoffsättigung: .....
Erstversorgung Wunden	
Schmerzmittelgabe (Medikament, Dosierung)	
Musste die gestürzte Person in ein Krankenhaus?	nein      wenn ja, in welches:
Wurden Angehörige oder Betreuer informiert?	nein      wenn ja, wer:

## Sonstige Anmerkungen:

## Ausgefüllt durch:

Name	
Berufliche Position	
Ort, Datum	
Unterschrift und Hz.	