

**Sturzprotokoll**

<b>1.) Zeitpunkt des Sturzes</b>		<input type="checkbox"/> Sturz in Anwesenheit der Pflegeperson: _____  <input type="checkbox"/> Mitarbeiter des Pflegedienstes nicht anwesend. Der Sturz wurde nur beobachtet von: _____  <input type="checkbox"/> Von Betroffenen selbst
Datum:	Uhrzeit:	
<b>2. Ort des Sturzes</b>		
<b>3. Sturzgeschehen</b>		
Ist der/die Betroffene gestolpert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkung:
Ist der/die Betroffene ausgerutscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkung:
Ist der/die Betroffene beinahe gestürzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkung:
Er/Sie ist gefallen aus dem/vom: <input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkung:
War das Bettgitter hochgezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sichtbare Verletzungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibung:
Eingeleitete Maßnahmen nach dem Sturz:		
<input type="checkbox"/> Information des Arztes am:		
Ursachenbeschreibung des Sturzes:		
Kann sich der Patient über den Vorgang des Sturzes äußern?		
Sturzfolgen:		
Erstellt von:	Datum/Uhrzeit	Information der PDL am: