

# Klinisches Assessment

## Beobachtungscheckliste Geriatrie

	korrekt	unvollständig	falsch / fehlend
<b>Vorbereitung</b>			
Material vollständig und funktionstüchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung Patientin / Patient: Je nach Untersuchung im Stehen, Sitzen oder Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position der / des Untersuchenden: Je nach Untersuchung vor, hinter oder seitlich von der Patientin / dem Patienten. Die untersuchende Person sollte immer in der Nähe der älteren Patientin / des älteren Patienten sein, z. B. beim Gehen und Sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Allgemeiner Eindruck («erster Blick»)</b>			
Vigilanz, Orientierung, Körperhaltung, Gesicht / Mimik / Gestik, Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Körpermasse, Vitalzeichen</b>			
Grösse, Gewicht, BMI, Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Allgemeinzustand («zweiter Blick»)</b>			
Hydrierung, Hautturgor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkolorit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrechlichkeit / herabgesetzte Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition: z. B. Demenz, Delir, ggf. Testung des mentalen Status mit dem Montreal Cognitive Assessment / Mini Mental Status Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression, Angst, Verhaltensauffälligkeiten, ggf. Testung bzgl. Depression mit dem Zwei-Fragen-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Seh- und Hörstörung</b>			
Augen: Sehschärfe, Einsatz von Sehhilfen, Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren: Hörvermögen, Einsatz von Hörgeräten, Ohrbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Haut</b>			
Verhornungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effloreszenzen auf den «Sonnenterassen»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden / Dekubitus: Unterschenkel, Fersen, Steissbein, Trochanter bds., Sitzbeinhöcker, Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautdefekte / Geruch: Intimbereich, Gesässbereich, Brustfalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>Fehl- / Mangelernährung und Schluckstörung</b>			
Mundinspektion beim alten Menschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Zähne und Zahnersatz aktiv putzen lassen			
2. Dabei überprüfen, wie die Zähne gereinigt werden			
3. Zähne und Zahnersatz durch Pflegefachperson reinigen lassen, inkl. Interdentalreinigung			
4. Mundinspektion: Zunge, harter / weicher Gaumen, Mundboden, Schleimhäute, Zahnfleisch, Geruch			
5. Kontrolle, wie gut der Zahnersatz sitzt			
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			

## Mobilitätsstörung

Haltung im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlhaltungen / -stellungen: Kopf, Schulter, Hände, Hüfte, Knie, Füsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeltrophik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeltonus: lockeres Bewegen aller grossen Muskelgruppen der oberen und unteren Extremitäten im Seitenvergleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelbewegungen: sichtbar in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Stuhl: ggf. Timed up and Go-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit – Gesamteinschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## Sensibilitätsstörung

Testung an Peripherie beginnen: Zehen, Fussrücken, Finger, Handrücken, dann in Richtung Körperzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientin / Patient hat Augen geschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung mit Mikrofilament: stumpf / spitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung mit Thermopen: kalt / warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## Zusätzliche Untersuchungen

Barthel-Index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timed-Up-and-Go-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uhrentest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>