



# Sturzprotokoll

Adressette

Name

Vorname

geb. am

Station

**Zeitpunkt des Sturzes**

.....  
Datum

.....  
Uhrzeit

**Zeugen?**  nein  ja Welche?

**Ort des Sturzes:**  Flur  Zimmer  Tagesraum  Bad  Toilette  Sitzecke

**Sonstiger Ort**.....

**Kann sich der Patient zum Sturz äußern?**  Nein  Ja Was sagt er/sie dazu?

**Sind aus der Vorgeschichte Stürze bekannt?**  Nein  Ja

im Heim  zu Hause  im Krankenhaus Datum letzter Sturz: .....

**Sturzrisiko nach Erhebungsborgen:**..... **Hüftprotektoren?**  Nein  Ja

**Prophylaktische Maßnahmen durchgeführt?**  Nein  Ja

**Wie kam es zu dem Sturz? Der Patient ist**  gestolpert  ausgerutscht

**Anderes:** Beschreiben Sie die Situation und mögliche Ursache

**Wurde der Patient bedrängt:**  Nein  Ja Wo durch?.....

**Gabe es ein Hindernis?**  Nein  Ja Welches?.....

**Aus dem Bett gefallen?**  Nein  Ja

**Bettgitter?**  Nein  Ja Bettgitter hochgezogen?  Nein  ja

**Lichtverhältnisse**  hell  dunkel  blendend  dämmrig  Schattenbildung

**Schuhe:**  feste  offene  Schnürsenkel offen  mit Strümpfen  barfuß

**Kleidung:**  zu locker  zu eng **Brille:**  verschmutzt  wird benötigt, aber nicht getragen

**Hörgerät:**  verschmutzt... wird benötigt, aber nicht getragen

**Inkontinenzversorgung:**  selbstständig  benötigt Hilfe

**Hilfsmittel**  Gehstock  Gehstützen  Delta-Gehrad  Rollstuhl  Rollator

**Sonstiges:**.....

**Folgen des Sturzes**  keine  Ja, folgende:

Schmerzäußerungen:  Nein  ja Bewegungseinschränkung  Nein  ja

Hämatome:  Nein  Ja Offene Wunden  Nein  ja Knochenbrüche  nein  Ja

**Lokalisation:**

Vitalzeichenkontrolle RR...../.....HF:..... /min BZ .....mg% Röntgen  Nein  Ja

Arzt informiert  Nein  ja wer? .....Chirurgische Intervention  Nein  ja.

DA\_Bericht aufgenommen?

Arzt:

Datum:

**Sonstiges:**

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift