

Physiotherapeutischer Befundbogen für die Geriatrie

Allgemeine Anamnese:

Therapeut:

Datum:

Vorname, Name:

Geburtsdatum, Alter:

Hauptdiagnose(n):

Nebendiagnose(n)/Operationen/Unfälle:

(Relevante) Medikamente

Seh- und Hörhilfen/vorhandene Hilfsmittel:

Allgemeinzustand: (z. B. Ernährungszustand, Konstitution, Haltung, äußeres Erscheinungsbild, Bewusstseinszustand, Aufmerksamkeit):

Leistungszustand vor der (akuten) Erkrankung:

Stürze in der Vorgeschichte (z. B. Sturzhäufigkeit, Sturzzeitpunkt, Aktivität, bei der der Sturz geschah, Verletzungen in der Folge):

Problem des Patienten (die Einschätzung des Patienten/der Angehörigen, was das Problem ist, wird notiert):

Ziel des Patienten (das Patientenziel und seine Erwartungen an die Therapie werden notiert; es wird noch keine Korrektur bezüglich Erreichbarkeit vorgenommen):

Sozialanamnese – ICF: Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren

(Ehemaliger) Beruf:

Hobbys:

Lebenssituation:

Wohnsituation:

Andere (z. B. Stimmung):

Schmerzanamnese (z. B. tabellarisch darstellen, s. ► Abschn. 4.1 bzw. ► Tab. 2.5):

Spezifischer Befund

(Ehemaliger) Beruf:

Vitalparameter:

Puls in Ruhe:

Puls nach Belastung:

Atemfrequenz in Ruhe:

Atemfrequenz nach Belastung:

RR in Ruhe:

RR nach Belastung:

Art der Belastung:

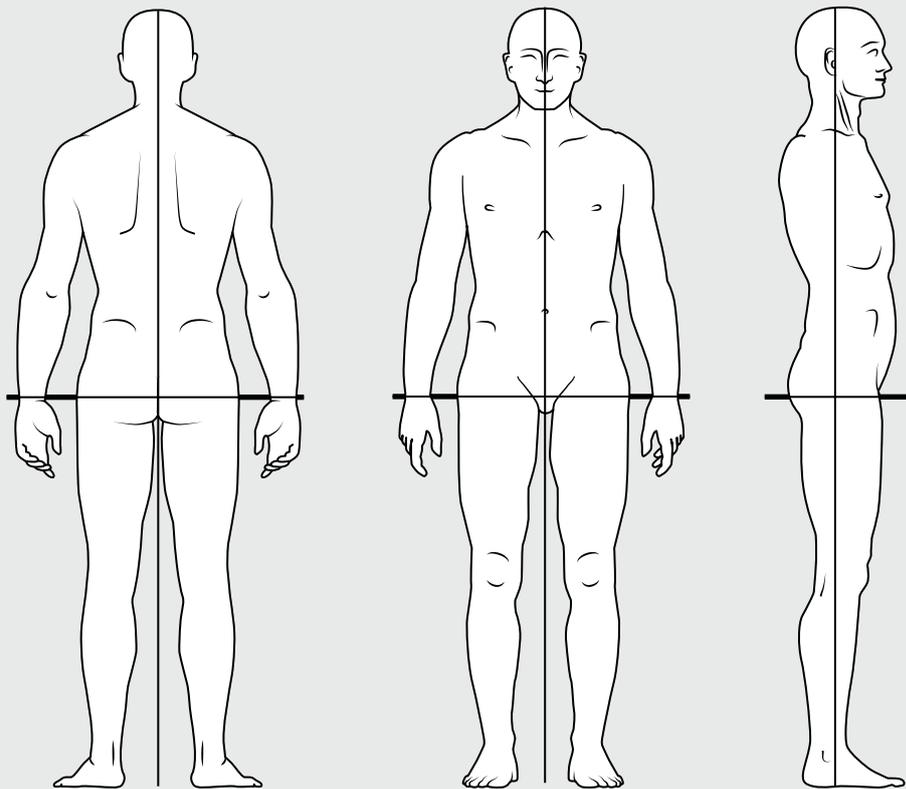
Atemgeräusche:

Bewusstsein/Vigilanz:

Inspektion und Untersuchung – ICF: Körperstruktur und Funktionen:

(z. B. Haut, Knochen, Ödeme, Narben, Beweglichkeit, Kraft, Sensibilität, Schmerz, pulmonale und kardiale Funktionen, Tonus, Lähmungen, Sprache, Schluckakt, Kognition oder Aufmerksamkeit)

Lokalisation:



↓ Schmerz, + Hypertonus, – Hypotonus, → Hypermobilität, ← Hypomobilität,  Sensibilitätsstörungen, # Fraktur, ‡ Narbe

ICF: Aktivität und Teilhabe:

Unterstützungsbedarf ADL, Transfer, Stand und Fortbewegung

Aktivität	Selbstständig	Unter Aufsicht	Mit Hilfe	Hilfsmittel	Besonderheiten
Essen/Trinken					
Persönliche Hygiene					
Sich ankleiden					
Toilette					
Duschen/Baden					
Sitz					
Transfer Bett-Stuhl/Rollstuhl					
Transfer Sitz – Stand					
Stand					
Rollstuhl benutzen					
Gehen innen					
Gehen im Freien					
Treppauf steigen					
Treppab steigen					
Erweiterte Mobilität (Auto, Bus, Fahrrad, etc.)					

Ergänzungen:

Stand (Standicherheit, Unterstützungsfläche, Spurbreite):

Gehen (Gangbild, Gangsicherheit, Gehgeschwindigkeit, Gehstrecke):

Treppen steigen (Sicherheit, Anzahl, Stufen/Etagen, alternierend, nachgestellt etc.):

Andere:

Assessments und Tests (z. B. Umfangsmessung, ROM (Neutral-Null-Methode), Sensibilitätsprüfung, MFT, TUG, BBS, Tinetti, VAS Schmerz, CR) (s. auch ► Kap. 3)

Interpretation/Hypothese (mit Kontrollparameter):

Zielvereinbarung:

Behandlungsplanung:

Relevante umweltbezogene Faktoren				
Relevante personenbezogene Faktoren				
	Körperfunktion und -struktur z.B. Kraft, Ausdauer, Gleichgewicht, Beweglichkeit, Schmerz, Herz-Kreislauf-System, Atemwege etc.	Aktivität z.B. Transfer, Waschen, Mobilität, wie Treppe steigen, Gehstrecke etc.	Partizipation/ Alltagsrelevanz z.B. Selbstversorgung im Bad, in der Wohnung, selbständig Einkaufen, Freizeitaktivitäten nachgehen, etc.	Maßnahmen(n) z.B. Wohnraumanpassungen, Schmerzlinderung, Kraft- und Balancetraining etc.
Ziele				
1. Teilziel				
2. Teilziel				
3. Teilziel				
Überprüfung der Ziele nach einer bestimmten Zeit. Beispielsweise nach der 1. und 2. Woche in der geriatrischen Rehabilitation	Wenn z.B. ein Ziel erreicht wurde, wird ein neues Ziel festgelegt, oder wenn sich im Therapieverlauf herausstellt, dass das Ziel derzeit noch nicht erreichbar ist, erfolgt eine Anpassung und Neuformulierung des jeweiligen Ziels. (Kann Auftreten, wenn sich beispielsweise durch ein Ereignis wie Sturz oder Infektion der AZ des Patienten verändert.)			
(Ggf.) Neue Ziele				