

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, fieberhafter 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 aus dem Bett gefallen	gestolpert	zu Boden geglichen 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 Rollstuhl	Gehstock Brille	Gehbock 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 Stopppersocken festes Schuhwerk
Wurden freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?	nein	wenn ja, welche:

Angaben zu Sturzfolgen (sofort erkennbar)

Sind körperliche Verletzungen erkennbar?	nein	ja	Ort der Verletzung:
	Art:	Platzwunde Hämatom Anderes:	Schürfwunde Frakturvedacht
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.	