

Hausärztliches geriatrisches Basisassessment  
 Dokumentationsbogen



Pat. Nr. u./o. Name: \_\_\_\_\_

**Achtung !!** Assessmentrelevante Einschränkungen: z. B. kardiopulmonal (NYHA III-IV), neuromuskulär (Restparese, bes. Extr.), Kognition u. Affekt (z. B. Demenz, Depression, Blindheit, Taubheit)

Beurteilter Bereich	Benutzte/s Verfahren (eines oder mehrere)	Erhobene/r Befund/e	
		am	am
Orientierender Funktions- und Fähigkeitsstatus	z. B. PGBA; Barthel; IADL; NAA/NAB		
Sturzgefahr	z. B. Sturzrisikoass. n. Runge; Aufstehetest; Tandemgang; Tandemstand; timed up and go		
Hirnleistung	z. B. Uhrenzeichentest; TFDD; DemTect; MMST		

>> optionale Dokumentation<<

Umfeldanpassung	Ziel	am	Besprochene Maßnahme/n am	am
Familie; häuslich				
Verhalten				
Wohnraum / Arbeitsplatz				

<b>Abstimmung Mitbehandler</b> (Arzt; Therapeut KG; Therapeut Logo; Pflegedienst)			