



# Hausärztliches Geriatriches Basis-Assessment

Chefärztin Dr. med. Sabine Richter  
Kastellstr. 5; 74613 Öhringen  
Tel. 07941 692-8633  
Fax. 07941 692-598  
www.hohenloher-krankenhaus.net/geriatrie



**Hohenloher  
Krankenhaus**

## Hausärztliches geriatrisches Basis-Assessment

Patient: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Erhebungsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnform:  Pflegeheim  Betreutes Wohnen  Pflegedienst zu Hause  Selbstversorger

Pflegegrad:  nein  1  2  3  4  5

Gesetzliche Betreuung:  nein  ja: \_\_\_\_\_ (Name)

Schwerbehinderung  nein  ja: \_\_\_\_\_ (GdB) \_\_\_\_\_ (Merkzeichen)

Geriatrie-Diagnosen:	<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit (Z74.9)	<input type="checkbox"/> Sturzneigung (R29.6)	<input type="checkbox"/> Gehbehinderung (R26.8)
	<input type="checkbox"/> Vaskuläre Demenz (F01)	<input type="checkbox"/> Altersschwindel (R42)	<input type="checkbox"/> Dysphagie (R13.9)
	<input type="checkbox"/> Alzheimer (F00.9 + G30)	<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit (R54)	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz (R32)
	<input type="checkbox"/> Parkinson (G20.1/G20.2)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit vom Rollstuhl (Z99.3)	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (R15)
	<input type="checkbox"/> Schläffe Parese (G81.0)	<input type="checkbox"/> Spastische Parese (G81.1)	<input type="checkbox"/> Altersdepression (F32.9)
	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust (R63.4)	<input type="checkbox"/> Mangelnde Körperpflege (R46.0)	<input type="checkbox"/> Immobilität (R26.3)

### Barthel Index

<b>Essen</b>	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Bett-(Rollstuhl-)Transfer</b>	Selbständig ohne fremde Hilfe Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich Erhebliche Hilfe beim Transfer; Lagewechsel Liege-Sitz selbständig Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Toilettenbenutzung</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung Kann Toilette/Nachtstuhl nicht benutzen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Baden</b>	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b>	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, min. 50 m Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Urinkontrolle</b>	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhlkontrolle</b>	Ständig kontinent Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>SUMME</b>		

"Go-go"  "Slow Go" → Timed Up and Go Test  "No-Go"

Die Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Auf Aufforderung soll sie sich - ohne fremde Hilfe - erheben, eine Strecke von 3 m gehen, umkehren und sich wieder setzen. Dabei darf sie Hilfsmittel wie eine Gehstütze verwenden.	<input type="checkbox"/> < 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt <input type="checkbox"/> 11-19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz <input type="checkbox"/> 20-29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung <input type="checkbox"/> > 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung
<b>ZEITBEDARF</b>	