



Liebe(r) Patient(in),

Sie haben berichtet, dass Sie gestürzt sind. Da durch eine erhöhte Sturzhäufigkeit das Knochenbruchrisiko unabhängig von der Knochendichte ansteigt, sind wir bemüht so genau wie möglich die Umstände Ihres Sturzes zu ermitteln. Deswegen bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Wir hoffen Ihnen dadurch ein Sturzmuster aufzuzeigen und Ihnen helfen zu können weitere Stürze in Zukunft zu vermeiden.

Ihr Praxisteam

Name:

Geburtsdatum:

### 1. Erhebung der Sturzanamnese

Welche Symptome haben Sie zum Zeitpunkt des Sturzes oder kurz davor bemerkt?

- |                    |                          |                              |                          |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Schwindel          | <input type="checkbox"/> | Herzklopfen                  | <input type="checkbox"/> |
| Versagen der Beine | <input type="checkbox"/> | Bewusstseins-/Balanceverlust | <input type="checkbox"/> |
| Stolpern           | <input type="checkbox"/> | Ausrutschen                  | <input type="checkbox"/> |
| Andere             | <input type="checkbox"/> | Welche?.....                 |                          |

Wo sind Sie gestürzt?

Wann sind Sie gestürzt?

Was haben Sie gerade getan, als Sie gestürzt sind?



**Welche Verletzungen waren Folgen des Sturzes?**

**Sind Sie früher schon einmal gestürzt?**

Ja

Nein

Wenn ja, wie oft?

**Wie waren die Umstände bei den vorangegangenen Stürzen?**

**Kam es dabei zu Verletzungen?**

**Sind Sie ängstlicher geworden?**

Ja

Nein

**Ist Ihre Beweglichkeit seit dem vorangegangenen Sturz eingeschränkt?**

Ja

Nein

**Haben Sie Angst vor weiteren Stürzen?**

Ja

Nein

**Sind „Beinahe-Stürze“ aufgetreten?**

Ja

Nein

Wenn ja, wie waren die Umstände der „Beinahe-Stürze“?.....



## 2. Ermittlung des Sturzrisikos

Wie ist Ihr Sehvermögen?

Hat sich Ihr Sehvermögen in den letzten Monaten verschlechtert?

Ja  Nein

Wenn ja, inwiefern?

Wann war Ihre letzte augenärztliche Untersuchung?

Leiden Sie an folgenden Augenkrankheiten?

Katarakt (Grauer Star)

Glaukom (grüner Star)

Makuladegeneration (Gewebeuntergang im Auge, führt zur Erblindung)

Halbseitenblindheit

Leiden Sie an einer Funktionsstörung der Beine, z. B. Arthrose, Muskelschwäche, Fußdeformitäten, Periphere Neuropathie (Nervenschädigung)?

Ja  Nein

Wenn ja, an welcher?

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?

Ja  Nein

Wenn ja, inwiefern?

Leiden Sie unter Geh- und Gleichgewichtsstörungen?

Ja  Nein

Wenn ja, aufgrund von Parkinson-Krankheit

Schlaganfall

Sonstiges  Bitte erläutern



**Benutzen Sie einen Gehstock oder ein Gehgestell?**

Ja  Nein

**Lehnen Sie die Benutzung einer Gehhilfe ab?**

Ja  Nein

**Leiden Sie an einer Herz-Kreislauf-Störung, wie z. B. niedriger Blutdruck, Rhythmusstörungen, Synkopen?**

Ja  Nein

Wenn ja, an welcher?

**Leiden Sie an einer Blasenfunktionsstörung, wie z. B. nächtliches oder gehäuftes Wasserlassen, Blasenschwäche?**

Ja  Nein

Wenn ja, an welcher?

**Leiden Sie an folgenden Problemen:**

Gedächtnisschwäche Ja  Nein

Unruhe Ja  Nein

Depression Ja  Nein

Furcht vor Stürzen Ja  Nein

**Nehmen Sie folgende Medikamente ein:**

Diuretika Ja  Nein

Blutdrucksenker Ja  Nein

Schlafmittel Ja  Nein

Schmerzmittel Ja  Nein

Andere Psychopharmaka Ja  Nein

**Wie viele Medikamente nehmen Sie gleichzeitig ein?**

**Welche Medikamente sind es?**