

Ausfüllhinweise GeriNOT

Anmerkung:

Die unten genannten Hinweise sind als ergänzende Möglichkeiten zur Anwendung des Screenings GeriNOT anzusehen.

| Kriterium | Erläuterung / Beobachtung | Mögliche Fragestellung / Testmöglichkeiten |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Mobilität | <ul style="list-style-type: none"> - Gangunsicherheit, Schwindel, Stürze - Nutzung von Hilfsmitteln - Gebrechlichkeit - Bettlägerigkeit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind Sie in letzter Zeit häufig gestürzt? 2. Ist Ihnen in letzter Zeit öfter schwindelig? 3. Benötigen Sie Unterstützung beim Verlassen der Wohnung? |
| 2. Kognition | <ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnisdefizite - bekannte Demenz - Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der Kognitionen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Jahr / Monat / Tag haben wir heute? 2. Wann haben Sie Geburtstag? / Wie alt sind Sie? 3. Ich nenne Ihnen 3 Gegenstände: APFEL - EURO - TISCH. Anleitung: Merken und wiederholen lassen. |
| 3. Stimmung / Verhalten | <ul style="list-style-type: none"> - häufig niedergeschlagen / Traurigkeit - Interessenverlust - Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der Emotionen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Waren Sie in letzter Zeit bedrückt / traurig? 2. Hatten Sie in letzter Zeit weniger Lust / Interesse an Ihren üblichen Aktivitäten? |
| 4. Sehstörung / Schwerhörigkeit | <ul style="list-style-type: none"> - Seh- / Hörverschlechterung trotz funktionierender Hilfsmittel | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehen Sie schlecht? (ggf. trotz geputzter Brille) 2. Hören Sie schwer? (ggf. trotz einsatzbarem Hörgerät) |
| 5. Wohnen / Hilfebedarf | <ul style="list-style-type: none"> - alleinlebend: mit / ohne Unterstützung - braucht Hilfe im Alltag bei: Nahrungszubereitung / -aufnahme, Körperpflege, Toilettengang, Medikamenteneinnahme, Lebensmitteleinkäufen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wohnen Sie alleine? 2. Erhalten Sie Unterstützung im Alltag (zu Hause oder bei außerhäuslichen Aktivitäten)? 3. Erhalten Sie Pflegeleistungen oder haben Sie einen Pflegegrad? |
| 6. Medikation | <ul style="list-style-type: none"> - mehr als 5 regelmäßig eingenommene, verordnete und apothekenpflichtige Medikamente | <p>Wie viele Medikamente nehmen sie am Tag ein? (auch Sprays, Augentropfen) Abgleich der Angaben mit vorliegendem Medikamentenplan.</p> |
| 7. Krankenhausaufenthalte | <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausaufenthalt / Notfallaufnahme (letzte 3 Monate) | <p>Waren Sie im letzten Vierteljahr im Krankenhaus oder in der Notfallaufnahme?</p> |