

# Akute Veränderung bei älteren Menschen

Beobachten, zeitlich einordnen und sicher weitergeben

## Sofort 112 bei lebensbedrohlichen Zeichen

Zum Beispiel Atemnot, Bewusstlosigkeit, Krampfanfall, starke Schmerzen, schwere Verletzung oder plötzlich neue Lähmung, Sprach- oder Sehstörung. Im Zweifel über Lebensgefahr: 112.

## 1 Person und zeitlicher Verlauf

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beobachtet von: \_\_\_\_\_ Datum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Zuletzt im üblichen Zustand am / um: \_\_\_\_\_

Erste Veränderung bemerkt am / um: \_\_\_\_\_

- Veränderung kam plötzlich       Verlauf schwankt       deutlich anders als üblich

Was ist normalerweise typisch, und was ist jetzt neu?

---

---

## 2 Beobachtete Veränderungen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit: verliert Gesprächsfaden, wirkt nicht erreichbar    | <input type="checkbox"/> Bewegung: unruhig, nestelnd, deutlich weniger mobil oder unsicher           |
| <input type="checkbox"/> Orientierung: neu unsicher zu Ort, Zeit oder Situation             | <input type="checkbox"/> Essen / Trinken: deutlich weniger oder Schlucken unsicher                   |
| <input type="checkbox"/> Kommunikation: verlangsamt, unverständlich oder deutlich verändert | <input type="checkbox"/> Schlaf: Tag-Nacht-Rhythmus oder Schlaf plötzlich verändert                  |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung: sieht oder hört Dinge, die andere nicht wahrnehmen    | <input type="checkbox"/> Schmerz / Unwohlsein: neu oder verstärkt                                    |
| <input type="checkbox"/> Wachheit: ungewöhnlich schläfrig, schwer weckbar oder überwach     | <input type="checkbox"/> Ausscheidung: auffällig wenig Urin, Harnverhalt, Durchfall oder Verstopfung |

Konkrete Beispiele / Beobachtungen:

---

---

## 3 Mögliche Auslöser oder neue Ereignisse

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektzeichen / Fieber          | <input type="checkbox"/> weniger getrunken / gegessen        |
| <input type="checkbox"/> neue oder geänderte Medikamente | <input type="checkbox"/> Schmerz oder Eingriff               |
| <input type="checkbox"/> Sturz / Kopfverletzung          | <input type="checkbox"/> Ortswechsel / Krankenhausaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung / Harnproblem       | <input type="checkbox"/> anderes: _____                      |

# Akute Veränderung bei älteren Menschen

Strukturierte Übergabe nach ISBAR

Nutzen Sie die Felder als Gesprächsstütze. Geben Sie Beobachtungen und Messwerte weiter - keine Vermutungen als Tatsachen. Wiederholen Sie wichtige Anweisungen am Ende in eigenen Worten.

## I - Identifikation

Wer spricht über wen, von wo und wie ist ein Rückruf möglich?

Name der Person: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anrufende Person / Funktion / Rückrufnummer: \_\_\_\_\_

## S - Situation

Was ist jetzt akut anders, seit wann und wie dringlich erscheint die Lage?

Kernsatz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn / Verlauf: \_\_\_\_\_

## B - Hintergrund

Was war vorher üblich, und welche relevanten Informationen liegen vor?

Üblicher kognitiver / funktioneller Zustand: \_\_\_\_\_

Relevante Diagnosen / bekannte Demenz: \_\_\_\_\_

Medikamentenänderungen / Bedarfsmedikation: \_\_\_\_\_

Letzte Ereignisse: Infekt, Sturz, Eingriff, Ortswechsel, reduzierte Aufnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A - Assessment / aktuelle Fakten

Messwerte nur eintragen, wenn fachgerecht erhoben. Auffällige Werte nach lokalem Standard bewerten.

RR	Puls	Temp.	SpO2	BZ	AF	Schmerz
----	------	-------	------	----	----	---------

Weitere Befunde: Schmerzen, Atmung, Haut, Neurologie, Ausscheidung, Aufnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## R - Rückfrage, Empfehlung und Rückmeldung

Was wird jetzt benötigt, wer wurde informiert und was wurde vereinbart?

Konkrete Bitte / Frage: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informiert: Person / Dienst: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

Anordnung / Rückmeldung / nächster Prüftermin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_