

FRAGEBOGEN FÜR SENIOREN- UND PFLEGEHEIME

Schaden-Nr.:

1. Name, Vorname d. Verletzten Geburtsdatum	
2. Schadenzeitpunkt(Datum, Uhrzeit)	
3. Evtl. verstorben an den Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Ja, Datum: <input type="checkbox"/> Nein
4. Welcher Pflegestufe gem. § 15 SGB XI gehörte die / der Verletzte zum Unfallzeitpunkt an?	
5. Die/der Verletzte	<input type="checkbox"/> benötigte Hilfe beim Stehen <input type="checkbox"/> benötigte Hilfe beim Gehen <input type="checkbox"/> musste im Rollstuhl gefahren werden <input type="checkbox"/> war bettlägerig <input type="checkbox"/> bedurfte der Aufsicht <input type="checkbox"/> bedurfte einer Nachtwache. Falls sich der Unfall nachts zutrug, wie oft musste nach der/dem Verletzten während der Nacht gesehen werden und wann erfolgte die letzte Nachschau vor dem Unfall? <input type="checkbox"/> war desorientiert, ggf. inwieweit <input type="checkbox"/> war anderweitig geistig behindert, ggf. inwieweit <input type="checkbox"/> bedurfte bei folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens fremder Hilfe (bitte aufzählen ggf. in der Anlage)
6. Falls sich der Unfall beim selbständigen Aufstehen/ Sturz aus Bett oder Rollstuhl zutrug: a) Waren Sie zur Unfallzeit zum Anbringen von Bettgittern befugt? b) Lag zur Unfallzeit ein Fixierungsbeschluss vor? c) Waren die unter a) und b) genannten Maßnahmen beantragt worden? d) Falls nein, wurden derartige Maßnahmen mit den Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, etc. besprochen (ggf. mit welchem Ergebnis)? e) Seit wann sind Sie zum Anbringen von Bettgittern bzw. zum Fixieren befugt? f) Hätte die/der Verletzte vor dem Unfall die Möglichkeit gehabt, z.B. über einen Klingelknopf Hilfe zu holen? g) Wann wurde zuletzt vor dem Unfall nach der/dem Verletzten gesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. War bei dem Unfall Pflegepersonal anwesend/ beteiligt? Wo befand es sich ggf.?	

8. Ist der Unfall auf äußere Umstände (z.B. mangelhafte Beleuchtung, Unebenheiten, Bodenglätte, mangelnde Betreuung) zurückzuführen? Wenn ja, auf welche?	
9. Waren personenbedingte Umstände unfallursächlich? Ggf. welche?	
10. Auf welche Weise hätten Sie den Unfall verhindern können bzw. weshalb war er für Sie unvermeidbar?	
11. Schildern Sie den Schadenhergang bitte am Ende dieses Blattes gesondert. Welche Feststellungen haben Sie getroffen?	
12. Wo ereignete sich der Unfall (z.B. im Bewohnerzimmer, Aufenthaltsraum, etc.)?	
13. Welche Verletzung(en) erlitt die Bewohnerin/der Bewohner?	
14. Wurde die/der Verletzte darauf hingewiesen, nicht alleine aufzustehen und nicht ohne Begleitung zu laufen? Ggf. in welchen Abständen vor dem Unfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abstände:
15. Konnte der Verletzte die Hinweise geistig umsetzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. War die/der Verletzte vor dem Unfall noch in der Lage ihren/seinen freien Willen zu äußern? Bitte schildern Sie kurz die geistigen und körperlichen Fähigkeiten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Ist die/der Verletzte bereits früher einmal gestürzt bzw. bestand Anlass zu der Annahme, dass hier eine besondere Unfallgefährdung vorlag?	<input type="checkbox"/> ja, wann/Ursache <input type="checkbox"/> nein
18. Welche Maßnahmen wurden ggf. eingeleitet, um künftig eine bessere Sicherheit für die betroffene Person zu erreichen?	
19. Bei welcher Krankenkasse ist die/der Verletzte versichert?	

Schadenschilderung zu Punkt 11:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Name des Unterzeichners, Tel.-Nr.

.....
Datum, Unterschrift