



Initial faldrisikovurdering – skema 2

Borger _____ **Cpr.nr.** _____

Dato for fald _____ **Tidspunkt** _____

Initial faldrisikovurdering (De fire spørgsmål)	Ja	Nej	Supplerende oplysninger
Havde borgeren bevidsthedstab i forbindelse med faldet?			
Oplever borgeren daglige gang- eller balanceproblemer?			
Har borgeren oplevet flere fald inden for det seneste år?			
Lider borgeren af svimmelhed?			