

Neues Formular

Zum Lesen des Barcodes zuvor in das Kästchen tippen!

Name	
Vorname	
Geb. Datum	Patientennummer
	Fallnummer

(Bitte Barcode-Etikett aufkleben)

Geriatric-körperl. Untersuchung

Friedrich-Schiller-Universität Jena



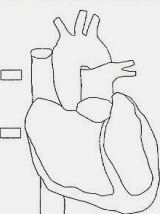
Alter

STATUS PRAESENS	
Allgemein	
allg. Konstitution	<input type="checkbox"/> normosom <input type="checkbox"/> athletisch <input type="checkbox"/> asthenisch <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> kachektisch <input type="text"/>
Allg. Zustand	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> reduziert <input type="text"/>
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> zeitl. desorientiert <input type="checkbox"/> örtl. desorientiert <input type="checkbox"/> Vigilanzstörung <input type="checkbox"/> zur Person desorientiert <input type="text"/>
Psyche	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> depress. <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> euphor. <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="text"/>
Bewegungen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verlangs. <input type="checkbox"/> Tremor grob <input type="checkbox"/> Mimik starr <input type="checkbox"/> überschießend <input type="checkbox"/> Tremor fein <input type="text"/>
Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Turgor normal / <input type="checkbox"/> vermindert <input type="text"/>
Foetor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ex ore <input type="checkbox"/> hepato. <input type="checkbox"/> uraem. <input type="checkbox"/> Azeton <input type="checkbox"/> alkohol.
Oedeme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> U-S rechts <input type="checkbox"/> U-S links <input type="checkbox"/> O-S rechts <input type="checkbox"/> O-S links <input type="checkbox"/> Flankenödeme <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> induriert <input type="checkbox"/> Anasarka <input type="text"/>
Lymphknoten	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="text"/> LKS <input type="text"/>
Kopf / Hals	
Kopf / Hals	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Meningis. <input type="checkbox"/> Bew. eingeschränkt <input type="checkbox"/> schwerhörig re <input type="checkbox"/> schwerhörig li <input type="checkbox"/> Halsveneneinflußstauung <input type="text"/>
Augen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Lidoedem <input type="checkbox"/> Sklerenikterus <input type="checkbox"/> Blickabw. r. <input type="checkbox"/> Blickabw. l. <input type="checkbox"/> Sehinderung: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Z.n. OP re/li <input type="text"/>
Pupillen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> entrundet: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Anisokorie <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> Konvergenz <input type="checkbox"/> Lichtreaktion: direkt <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> indirekt <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="text"/>
Nase	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="text"/>
Lippen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> Rhagaden <input type="text"/>
Zunge	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> belegt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> Abweichung links <input type="checkbox"/> Abweichung rechts <input type="text"/>
Tonsillen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> hypertroph <input type="checkbox"/> zerklüftet <input type="checkbox"/> Beläge <input type="checkbox"/> Z. n. TE <input type="text"/>
Rachen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> schleimbedeckt <input type="checkbox"/> Eiterstraße <input type="text"/>
Gebiss	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Prothese voll oben <input type="checkbox"/> Prothese v. unten <input type="checkbox"/> teil oben <input type="checkbox"/> teil unten <input type="checkbox"/> kariös <input type="checkbox"/> Prothese defekt <input type="checkbox"/> lückenhaft <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="text"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Struma <input type="checkbox"/> Schwirren <input type="checkbox"/> Z.n. Strumektomie <input type="text"/>

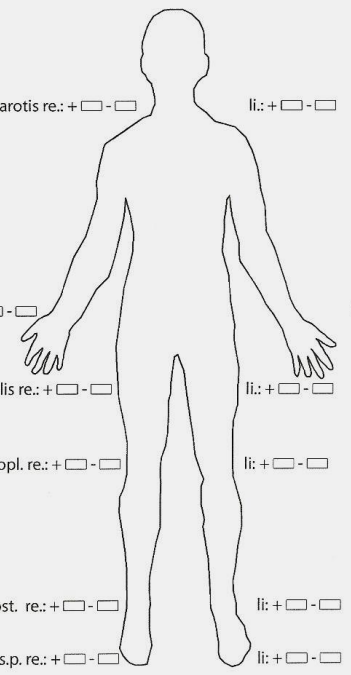
Thorax / Lungen

Mammae	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Knoten rechts	<input type="checkbox"/> Knoten links	<input type="checkbox"/> Einziehung	<input type="checkbox"/> verschiebl. <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
Äußeres	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>					
Atmung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Belastungsdyspnoe	<input type="checkbox"/> insp. Stridor	<input type="checkbox"/> Kussmaul	<input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe	<input style="width: 30px;" type="text"/> /min		
	<input type="checkbox"/> Orthopnoe		<input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
Atemgeräusch	vesikulär:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF	Rasselgeräusche:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF
	abgeschwächt:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF	Giemen:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF
	verschärft:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF	Brummen:	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> OF	<input type="checkbox"/> MF
Klopfschall	<input type="checkbox"/> sonor	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	Lungengrenzen dorsal:		<input type="checkbox"/> hoch stehend links	<input type="checkbox"/> hoch stehend rechts		
	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li			<input type="checkbox"/> tief stehend links	<input type="checkbox"/> tief stehend rechts		
	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li			<input type="checkbox"/> Atemverschieblichkeit unauffällig			
	<input style="width: 50px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
	Stimmfremitus aufgehoben <input type="checkbox"/>							

Herz / Gefäße

Herztöne:	<input type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arrhythmisch	
	<input type="checkbox"/> systolisch	<input type="checkbox"/> diastolisch	
	<input type="checkbox"/> /6 (1-6) p.m		
Herzgeräusche:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Aortenklappe <input type="checkbox"/> Pulmonalklappe <input type="checkbox"/> Trikuspidalklappe <input type="checkbox"/> Mitralklappe <input type="checkbox"/> Herzspitze

Puls	<input type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arrhythmisch	zentral <input style="width: 30px;" type="text"/> /min	radial <input style="width: 30px;" type="text"/> /min
RR	Arm r. <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> mm/Hg	Arm l. <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> mm/Hg	Bein re/li <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> mm/Hg	

Arterienpulse +/-	
	A. carotis re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A. radialis re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A. femoralis re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A. popl. re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A. tib.post. re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A. dors.p. re.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> li.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Strömungsgeräusch:	<input type="checkbox"/> Carotis rechts <input type="checkbox"/> femor. rechts <input type="checkbox"/> Carotis links <input type="checkbox"/> femor. links

Abdomen					
Bauchdecken	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> Darmger. oB. <input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> klingend <input type="checkbox"/> fehlend	<input type="text"/>	
Bauch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gebläht	<input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Abwehrspannung	<input type="checkbox"/> Loslassschmerz <input type="checkbox"/> Aszites	Umfang <input type="text"/> cm	<input type="text"/>
Brüche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Leisten l. <input type="checkbox"/> Leisten r.	<input type="checkbox"/> Nabel <input type="checkbox"/> Narbenhernie	<input type="checkbox"/> Narben reizlos	<input type="text"/>
Nierenlager	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Klopfeschmerz <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="text"/>		
Milz	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="text"/>		
Leber	<input type="checkbox"/> unauffällig	ca. <input type="text"/> cm in MCL	<input type="checkbox"/> derb <input type="checkbox"/> höckrig	<input type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="text"/>
Gallenblase	<input type="checkbox"/> tastbar	<input type="checkbox"/> nicht tastbar <input type="checkbox"/> nicht schmerzhaft	<input type="checkbox"/> Z.n. CCE <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="text"/>	
Rektal	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Analfissur <input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> innere Hämorrh. <input type="checkbox"/> äußere Hämorrh. Sphinctertonus:	<input type="checkbox"/> Teerstuhl <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Koprostase <input type="checkbox"/> Tumour: Schleimh. verschieb. <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> erniedrigt <input type="checkbox"/> kein Tonus	<input type="text"/>
Prostata:	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> vergrößert <input type="checkbox"/> höckrig	<input type="checkbox"/> Schleimh. verschieb. <input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> n. verschieb. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Extremitäten					
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Kyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Bewegl. eingeschr. <input type="checkbox"/> Druckschmerz paravert.	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> HWS	<input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> BWS	<input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> LWS
Hände	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Heberden-Arthrose	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> MCP Schwell.	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> überwärmt Lok. <input type="text"/>
große Gelenke	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Überwärmung	<input type="checkbox"/> Bewegung einges. <input type="checkbox"/> klinisch Erguß <input type="checkbox"/> Schmerz	Schulter <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	Ellenbogen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	Hüften <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Umfänge	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> seitengleich	<input type="text"/>			
Unterschenkel	<input type="checkbox"/> unauffällig	Varizen <input type="checkbox"/> US r <input type="checkbox"/> US l	<input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> troph. Stör. r <input type="checkbox"/> troph. Stör. l	<input type="text"/>
Nervensystem					
NAP	<input type="checkbox"/> unauffällig	Druckschmerz Trig. I	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	II <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	III <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="text"/>
Facialis	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Parese rechts <input type="checkbox"/> Parese links	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> peripher	<input type="text"/>	
Reflexe +/-	PSR: re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>	RPR: re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Babinski r <input type="checkbox"/> Babinski l	<input type="checkbox"/> BDR rechts <input type="checkbox"/> BDR links	<input type="text"/>
Lasègue	<input type="checkbox"/> neg.	<input type="text"/> r (°)	<input type="text"/> l (°)	<input type="checkbox"/> Ischiadikus-Druckschmerz r <input type="checkbox"/> Ischiadikus-Druckschmerz l	<input type="text"/>
Koordination	<input type="checkbox"/> unauffällig	Romberg <input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> FNV <input type="checkbox"/> nicht durchführbar	<input type="checkbox"/> HKV <input type="checkbox"/> V.a. Schluckstör.:	<input type="text"/>
vegetative Zeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>			
Tremor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	Hypomimie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Rigor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	post. Instabilität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Motorik	Hemiparese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> links	Kraftgrade 0-5 re. Arm <input type="text"/> li. Arm <input type="text"/>	re. Bein <input type="text"/> li. Bein <input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensibilität	<input type="text"/>		Vibration (Stimmgabeltest) obere Extr.: Radius re. <input type="text"/> /8 li. <input type="text"/> /8 unt. Extr.: Malleolus lateralis re. <input type="text"/> /8 li. <input type="text"/> /8 sonst. Lokalisation <input type="text"/> /8	<input type="text"/>	

Mit freundlicher Genehmigung des Universitätsklinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena