

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 **79**

STATUS PRAESENS	
Allgemein	
allg. Konstitution	<input type="checkbox"/> normosom <input type="checkbox"/> athletisch <input checked="" type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> kachektisch <span style="float: right;">775cm 98kg</span> <input type="checkbox"/> asthenisch
Allg. Zustand	<input checked="" type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> reduziert
Bewusstsein	<input checked="" type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> zeitl. desorientiert <input type="checkbox"/> örtl. desorientiert <input type="checkbox"/> Vigilanzstörung <input type="checkbox"/> zur Person desorientiert
Psyche	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> depress. <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> euphor. <input type="checkbox"/> verschlossen
Bewegungen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verlang. <input type="checkbox"/> Tremor grob <input type="checkbox"/> Mimik starr <input type="checkbox"/> überschießend <input type="checkbox"/> Tremor fein
Haut	<input checked="" 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
Foetor	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ex ore <input type="checkbox"/> hepat. <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"/> Flankenödem <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> induriert <input type="checkbox"/> Anasarka
Lymphknoten	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig LKS
Kopf / Hals	
Kopf / Hals	<input checked="" 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
Augen	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Lidödem <input type="checkbox"/> Sehinderung: <input type="checkbox"/> Sklerenikterus <input type="checkbox"/> Blickabw. r. <input type="checkbox"/> Blickabw. l. <input type="checkbox"/> Z.n. OP re/li
Pupillen	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> entrundet: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Lichtreaktion: direkt <input checked="" type="checkbox"/> re <input checked="" type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Anisokorie <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> Konvergenz <input type="checkbox"/> indirekt <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Nase	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig
Lippen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> Rhagaden
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
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
Rachen	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> schleimbedeckt <input type="checkbox"/> Eiterstraße
Gebiss	<input checked="" 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
Schilddrüse	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Struma <input type="checkbox"/> Schwirren <input type="checkbox"/> Z.n. Strumektomie

### Thorax / Lungen

Mammae	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Knoten rechts	<input type="checkbox"/> Knoten links	<input type="checkbox"/> Einziehung	<input type="checkbox"/> verschieblch	<input type="checkbox"/> schmerzhaft						
Äußeres	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<i>bilateral 4cm</i>									
Atmung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Belastungsdyspnoe	<input type="checkbox"/> insp. Stridor	<input type="checkbox"/> Kussmaul	Ruhedyspnoe		/min					
	<input type="checkbox"/> Orthopnoe	<input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes										
Atemgeräusch	vesikulär:	<input checked="" type="checkbox"/> re	<input checked="" 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	sonor	<input checked="" type="checkbox"/> re	<input checked="" type="checkbox"/> li	Lungengrenzen dorsal:				<input type="checkbox"/> hoch stehend links	<input type="checkbox"/> hoch stehend rechts			
	hypersonor	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> tief stehend links	<input type="checkbox"/> tief stehend links	<input type="checkbox"/> Atemverschieblichkeit unauffällig						
	gedämpft	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	Stimmfremitus aufgehoben <input type="checkbox"/>								

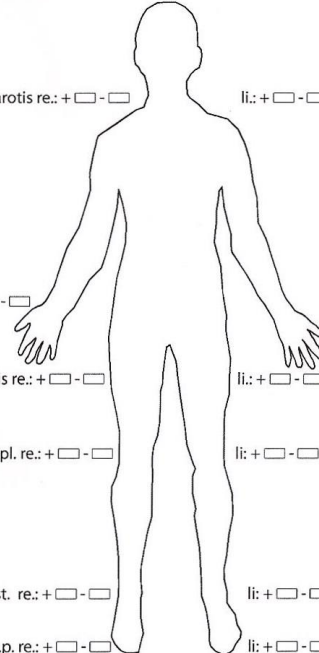
### Herz / Gefäße

Herztöne:	<input checked="" type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arrhythmisch	
	<input type="checkbox"/> systolisch	<input type="checkbox"/> diastolisch	
	<input type="checkbox"/> /6 (1-6)	p.m	
Herzgeräusche:	<i>keine path. HG</i>		
	Aortenklappe	<input type="checkbox"/>	Pulmonalklappe
	Trikuspidalklappe	<input type="checkbox"/>	Mitralklappe
		<input type="checkbox"/>	Herzspitze



Puls	<input type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arrhythmisch	zentral	<i>70</i> /min	radial	<i>70</i> /min
RR	Arm r.	<i>120</i> / <i>70</i> mm/Hg	Arm l.		Bein re/li	

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"/>
Strömungsgeräusch:	<input type="checkbox"/> Carotis rechts	<input type="checkbox"/> femor. rechts
	<input type="checkbox"/> Carotis links	<input type="checkbox"/> femor. links
	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"/>



Abdomen			
Bauchdecken	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> Darmger. oB. <input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> klingend <input type="checkbox"/> fehlend
Bauch	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gebläht	<input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Abwehrspannung	<input type="checkbox"/> Loslassschmerz <input type="checkbox"/> Aszites
Brüche	<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Leisten l. <input type="checkbox"/> Leisten r.	<input type="checkbox"/> Nabel <input type="checkbox"/> Narbenhernie
Nierenlager	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Klopfschmerz <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Milz	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	
Leber	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	ca. <u>12 re</u> cm in MCL <input type="checkbox"/> höckrig	<input type="checkbox"/> derb <input checked="" type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> Druckschmerz
Gallenblase	<input type="checkbox"/> tastbar <input type="checkbox"/> nicht tastbar	<input type="checkbox"/> nicht schmerzhaft <input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> Z.n. CCE
Rektal	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Analfissur <input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> innere Hämorrh. <input type="checkbox"/> äußere Hämorrh. Sphinctertonus: <input checked="" type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Teerstuhl <input type="checkbox"/> Tumor: Schleimh. verschieb. <input type="checkbox"/> n. verschieb. <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> erniedrigt <input type="checkbox"/> kein Tonus
Prostata:	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> vergrößert <input type="checkbox"/> höckrig	<input type="checkbox"/> Schleimh. verschieb. <input type="checkbox"/> n. verschieb. <input type="checkbox"/> Druckschmerz
<div style="text-align: right; color: green; font-weight: bold;">weich Darmgeräusche lebhaft fastbarer Sphincter</div>			
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"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> Druckschmerz paravert. <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS
Hände	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Heberden-Arthrose	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> MCP Schwell. <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> überwärmt
große Gelenke	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Bewegung eingeschr. <input type="checkbox"/> klinisch Erguß <input type="checkbox"/> Rötung <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 Knie: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Umfänge	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> seitengleich		
Unterschenkel	<input checked="" 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
Nervensystem			
NAP	<input checked="" 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
Facialis	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Parese rechts <input type="checkbox"/> Parese links	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> peripher
Reflexe +/-	PSR: re. <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/> ASR: re. <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/>	RPR: re. <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/> UPR: re. <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Babinski r <input checked="" type="checkbox"/> Babinski l <input type="checkbox"/> BDR rechts <input type="checkbox"/> BDR links
Lasègue	<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> r (°) <input type="checkbox"/> l (°)	<input type="checkbox"/> Ischiadikus-Druckschmerz r <input type="checkbox"/> Ischiadikus-Druckschmerz l
Koordination	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	Romberg <input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> FNV <input type="checkbox"/> HKV <input type="checkbox"/> V.a. Schluckstör.: <input type="checkbox"/>
vegetative Zeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Tremor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Hypomimie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rigor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		post. Instabilität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Motorik	Hemiparese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Hemiplegie	Kraftgrade 0-5 re. Arm <input type="checkbox"/> li. Arm <input type="checkbox"/> re. Bein <input type="checkbox"/> li. Bein <input type="checkbox"/>	
Sensibilität		Vibration (Stimmgabeltest) obere Extr.: Radius re. <input type="checkbox"/> / 8 li. <input type="checkbox"/> / 8 unt. Extr.: Malleolus lateralis re. <input type="checkbox"/> / 8 li. <input type="checkbox"/> / 8 sonst. Lokalisation <input type="checkbox"/> / 8	

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