

Karte 91

Spalte	MerkmalNr.	Bedeutung	Score
1- 3	4369	Größe	
4- 6	4370	Gewicht	
7	71	Behandlungen	
8	72	Krankheiten des Respirationstraktes	
9	73	Herz	
10	74	Verdauung	
11	75	Bewegungsapparat	
12	76	Nervensystem	
13	77	Stoffwechsel	
14	78	größere Operationen	
15	79	Lippencynose	
16	80	Ödeme	
17	81	Alterstremor	
18	82	organische Geräusche	
19	83	Rhythmusstörungen	
20	84	Nebengeräusche Lunge	
21-24	85	Vitalkapazität	
25	86	Lebervergrößerung	
26	87	Milzvergrößerung	
27	88	andere pathologische Resistenzen	
28	89	Extremitäten	
29	90	Allgemeinzustand	
30	91	Bewegungsapparat	
31-36	92-93	Blutdruck	
37	94	Hypotonie	
38	95	Sklerose	
39	96	Herzinsuffizienz	
40	97	Sehen	
41	98	Hören	
42	99	Medikamente	
43	4400	Psychopharmaka	
44	4401	Blutdrucksenkende Mittel	
45	4402	Herzmittel	
46	4403	Kreislaufmittel	
47	4404	Schlafmittel	
48	4405	Sonstige Mittel	

ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

Eigenanamnese:

In ärztlicher Behandlung: Ja Nein

wegen:

seit :

B e f u n d :

Allgemeinzustand:

Schfähigkeit: gut / etwas behindert / stark behindert

Hörfähigkeit: gut / etwas behindert / stark behindert

Gewicht: kg Größe: cm

Auffällige Allgemeinsymptome:

Blutdruck: mm Hg Pulsfrequenz: /Min.

Auffällige Organbefunde:

Bonn, den

Name: - - - - -

Vorname: - - - - -

Geburtsdatum: - - - - -

Vp: Nr.: _____

Allgemeinzustand:

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 befriedigend
- 4 ausreichend
- 5 knapp ausreichend
- 6 reduziert

Medikamente:

- 1 keine
- 2 Psychopharmaka
- 3 Blutdrucksenkende Mittel
- 4 Herzmittel
- 5 Kreislaufmittel
- 6 Sonstige Mittel
- 7 Schlafmittel

Blutdruck:

- 1 Hypotonie
- 2
- 3 normal
- 4
- 5 Hypertonie

Zeichen der Sklerose

- 1 keine festgestellt
- 2 leichte Anzeichen
- 3 mittel
- 4 stärkere
- 5 starke

Herzinsuffizienz:

- 1 keine Anzeichen
- 2 leicht
- 3 mittel
- 4 stärker
- 5 stark

Bewegungsapparat

- 1 keine Bewegungseinschr.
- 2 leichte "
- 3 mittlere
- 4 stärkere
- 5 starke Bewegungseinschr.
schränkung

Sehfähigkeit

- 1 gut
- 2
- 3 leicht eingeschränkt
- 4
- 5 deutlich eingeschränkt

Hörfähigkeit

- 1 gut
- 2
- 3 leicht eingeschränkt
- 4
- 5 deutlich eingeschränkt

zur Zeit in ärztl. Behandlung

- 1 ja
- 2 nein

Ärztliche Untersuchung

am: 1965

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

VP: NR:

Eigenanamnese:

Auffällige Allgemeinsymptome:

Auffällige Organbefunde:

Kopf:

Hals:

Thorax:

Abdomen:

Extremitäten:

Nervensystem: