

Ärztliche Untersuchung - Untersuchungsabschnitt III, 1967/68

=====

Name der VP: am:.....

Vorname: durch Dr. med.

Geburtsdatum:.....

VP: Nr.:.....

Größe: . . . cm

Gewicht: . . . kg

z.Z. in Behandlung: 1 ja 2 nein

Eigenanamnese: Gesundheitliche Beschwerden des letzten Jahres:

Beschwerden, die chronisch sind, bzw. sich noch heute auswirken:

a) Krankheiten des Respirationstraktes: 1 ja 2 nein

b) Herz-Kreislaferkrankungen: 1 ja 2 nein

c) Erkrankungen des Verdauungstraktes: 1 ja 2 nein

d) Krankheiten des Bewegungsapparates: 1 ja 2 nein

e) Erkrankungen des Nervensystems: 1 ja 2 nein

f) Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes) 1 ja 2 nein

g) größere Operationen 1 ja 2 nein

Auffällige Allgemeinsymptome:

z.B.: Lippencyanose: 1 ja 2 nein

Ödeme: 1 ja 2 nein

Alterstremor: 1 ja 2 nein

Auffällige Organbefunde:

Kopf:

Hals:

Thoraxorgane: a.) Herz: organ. Geräusche: 1 ja 2 nein

Rhythmusstörungen: 1 ja 2 nein

b.) Lunge: (Auskultation u. Perkussion)

Nebengeräusche: 1 ja 2 nein

Vitalkapazität:cm

Abdomen: Lebervergrößerung: 1 ja 2 nein

Milzvergrößerung: 1 ja 2 nein

andere pathol. Resistenzen: 1 ja 2 nein

Extremitäten: frei beweglich 1 ja 2 nein

Nervensystem:

Allgemeinzustand:

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

Bewegungsapparat:

- 1 keine Bewegungseinschränkung
- 2 leichte "
- 3 mittlere "
- 4 stärkere "
- 5 starke Bewegungseinschränkung

Blutdruck:Werte:/.....mm Hg. Zeichen der Sklerose:

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1 Hypotonie | 1 keine festgestellt |
| 2 | 2 leichte Anzeichen |
| 3 normal | 3 mittel |
| 4 | 4 stärkere |
| 5 Hypertonie | 5 starke Anzeichen |

Herzinsuffizienz

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

Medikamente:

- 1 keine
- 2 gelegentlich
- 3 regelmäßig

Psychopharmaka: 1 2 3

(Welche?)

Sehfähigkeit

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

Blutdrucksenkende Mittel: 1 2 3

(welche?)

Hörfähigkeit:

1 gut

2

3 leicht eingeschränkt

4

5 deutlich eingeschränkt

Herzmittel: 1 2 3

(welche?)

Kreislaufmittel: 1 2 3

(welche?)

Schlafmittel: 1 2 3

(welche?)

Sonstige Mittel: 1 2 3

(welche?)