

Status Praesens / Untersuchungsergebnis

Name:

Geburtsdatum:

Allergien:

Vorerkrankungen:

Datum, Uhrzeit:

SYSTEMATISCHE UNTERSUCHUNG / STATUS:

Hauptsymptome: _____ seit: _____ Beginn: Plötzlich
 Langsam

AZ: Sehr schlecht / Schlecht / Normal **Fieber: JA / NEIN**
Höhe: _____ °C

Bewusstseinsstörung: JA / NEIN

Wach: Ja / Nein Orientiert: Ja / Eingeschränkt/ Nein (völlig verwirrt)

Reaktion: Ja / Nein Sprechen: Normal / Verwaschen / Nein

Zittern: JA / NEIN

Pupillen: NORMAL / AUFFÄLLIG

Groß / Mittelgroß / Klein Seitenvergleich: RECHTS > / = / < LINKS

Lichtreaktion: Vorhanden / Nicht vorhanden / Nicht prüfbar (zu hell)

Augen: NORMAL / AUFFÄLLIG

Gelbe Verfärbung: Ja / Nein Sehstörungen: Ja / Nein

Blutungszeichen: Ja / Nein

Mund: **NORMAL / AUFFÄLLIG**

Zunge: Trocken / Feucht Verletzungen, Blutungen: Ja / Nein
 Borkig / Belegt / Frei

Rachen: Gerötet Geschwollen Belegt

Atmung: **JA / NEIN**

Frequenz: Vermindert (<10/Min) / Normal / Gesteigert (>20/Min)

Subjektiv empfundene Luftnot: Ja / Nein

Atempausen: Ja / Nein

Sauerstoffsättigung (Fingerpulsoxymeter): _____

Brustkorbbewegung: Keine sichtbar / Nur links / Nur rechts / Beidseits

Auffällige Lungengeräusche: Vorhanden / Nicht vorhanden

 Wenn vorhanden: Seite: Rechts / Links / Beide

 Feucht gurgelnd

 Trocken brummend, pfeifend

Klopfschall: Normal, Gedämpft, Verstärkt hallend

Seite: Rechts, Links, Beidseits

Herz, Kreislauf: **NORMAL / AUFFÄLLIG**

Blutdruck: _____ / _____

Puls: _____ / Min

Puls: Hals: Tastbar / Nicht tastbar

 Handgelenk: Tastbar / Nicht tastbar

Herzrhythmus: Regelmäßig / Unregelmäßig

Brustschmerzen: Ja / Nein Ort, Seite: Rechts / Links / Mitte

 Stahlt aus in: Arm / Hals / Rücken

Unruhe, Panik: Ja / Nein

Engegefühl im Brustkorb: Ja / Nein

Fingernagelprobe: Auffällig / Unauffällig

Geschwollene Beine, Ödeme: Ja / Nein links / Rechts / Beidseits

Arme / Beine: **NORMAL / AUFFÄLLIG**

Geschwollene Arme: Ja / Nein Links / Rechts / Beidseits

Lokalisation: Hand / Unterarm / Oberarm / Schulter

Geschwollene Beine: Ja / Nein Links / Rechts / Beidseits

Lokalisation: Fuß / Knöchel / Unterschenkel / Oberschenkel

Überwärmung: Ja / Nein Links / Rechts / Beidseits

Lokalisation: _____

Rötung: Ja / Nein Links / Rechts / Beidseits

Lokalisation: _____

Neurologie: (siehe auch Bewusstsein, Sprechen und Pupillen)

Kraft: Normal / Vermindert Lokalisation: _____

Lähmungen: Ja / Nein Lokalisation: _____

Gefühlsstörungen: Ja / Nein Lokalisation: _____

Hängender Mundwinkel: Ja / Nein Seite: _____

Schmerzen: **JA / NEIN**

Seit wann: _____

Lokalisation: _____

Wie ist der Schmerz (z.B.: dumpf bohrend, krampfartig, tief, oberflächlich, immer vorhanden, kommt und geht, plötzlich einschließend, elektrisierend)

Stärke: Leicht / Stark / Intensiv / nicht aushaltbar

Immer gleich / stärker werdend

Bodycheck:

Verletzungen: **JA / NEIN**

Wie ist es passiert: _____

Was ist zu sehen (Wunde, Fraktur, Gelenksschwellung, Verbrennung...): _____

Lokalisation: _____

Fehlstellungen: Ja / Nein

Hinweis auf Komplikationen:

offener Knochenbruch / Luftnot / Lähmungen / Gefühlsstörungen / Durchblutungsstörungen

bei Verbrennungen: Farbe, Tiefe, Grad: _____

Größe, Ausdehnung: _____

Schmerzen: Ja / Nein

Atemnot, Rauchgase inhaliert: Ja / Nein

Sonstige Notizen: