

Körperliche Untersuchung

Datum: _____.

Name: _____ Alter: _____ Aufenthalt: _____.

Frühere Krankheiten:Geburtstrauma:
Kopfverletzung:**Familienanamnese:****Familiäre Belastung:****Vegetative Anamnese:**

Appetit:	Belastungsdyspnoe:
Schlaf:	Ödeme:
Mens:	Nykturie:
Stuhlgang:	
Laxantien:	Schwindel: Dreh
Miktion:	Schwank
Alkohol:	Schwarz vor Augen
Drogen:	
Rauchen	Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen
Allergie:	Feuchte Hände
Allgemeinzustand:	Dermographismus

Haut:	Schleimhaut:
Hals:	Gebiss:
Herz:	
	Struma:
	Töne:
	Frequenz:
	Ödeme:
Lunge:	auskultatorisch:
	Perkutorisch:
Varizen:	LG:

Genitale:**Abdomen:**

Druckschmerz:

Resistenz:

Leber:

tastbar vergrößert:

Milz:

tastbar vergrößert:

Rektalbefund:

Nierenlager:**Wirbelsäule:**

KS:

Beweglichkeit:

Gelenke:**Pulsstatus:**

A. carotis

A. radialis

A. femoralis

A. dors. Pedis

A. tibialis posterior

re
li**Neurologisch:**

Kopf:

Meningismus

KS

Hirnnerven:

I

Geschmack

Pupille

II

Visus

Augenhintergrund

Gesichtsfeld

III

Lidspalte

Augenmotilität

Nystagmus

V

G. sens.

NAP

Cornealreflex

VII

Stirn

Auge

Mund

VIII

Gehör

IX-XI

Würgereflex

Gaumensegel

Schluckreflex

Artikulation

XII

Zunge

MER:

TSR

BSR

RPR

PSR

ASR

Babinski

Knips

BHR

re
li

Muskeltonus:

Kraft:

Lasègue:

Halteversuch: Arme:

Muskelatrophie:

Beine:

Paresen:

Koordination:

Gang

Haltung

KHV

FNV

Romberg

Tretversuch

Diadochokinese

Feinmotorik

Sensibilität:

Schmerz

Berührung

Vibration

Zahlenerkennung

Körperliche Diagnose