

# DOKUMENTATIONSHILFE GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

Name	Geburtsdatum
------	--------------

(zum Verbleib in der Praxis)

Alter			BEFUNDE				NEUE DIAGNOSE / VERDACHTSDIAGNOSE			
18 – 35 <input type="checkbox"/>	50 – 54 <input type="checkbox"/>	70 – 74 <input type="checkbox"/>	<b>Krankhafte Veränderungen</b> (ohne interkurrente Befunde)				Neue Diagnose	Behandl. bedürftig	Abklärung veranlasst	
36 – 39 <input type="checkbox"/>	55 – 59 <input type="checkbox"/>	75 – 79 <input type="checkbox"/>	Brustkorb (Inspektion) <input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat <input type="checkbox"/>	Herzauskultation <input type="checkbox"/>	Haut <input type="checkbox"/>	Hypertonie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 – 44 <input type="checkbox"/>	60 – 64 <input type="checkbox"/>	ab 80 <input type="checkbox"/>	Lungenauskultation <input type="checkbox"/>	Sinnesorgane <input type="checkbox"/>	Lungenauskultation <input type="checkbox"/>	Sinnesorgane <input type="checkbox"/>	koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45 – 49 <input type="checkbox"/>	65 – 69 <input type="checkbox"/>		Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager) <input type="checkbox"/>	Nervensystem <input type="checkbox"/>	Abdomenpalpation (einschl. Nierenlager) <input type="checkbox"/>	Nervensystem <input type="checkbox"/>	arterielle Verschlusskrankheit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Geschlecht</b> Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>		Fußpulse <input type="checkbox"/>	Psyche <input type="checkbox"/>	Fußpulse <input type="checkbox"/>	Psyche <input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchführung Krebsfrüherkennung <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Karotisauskultation <input type="checkbox"/>		Karotisauskultation <input type="checkbox"/>		Hyperlipidämie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfstatus erhoben <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Gewicht <input type="checkbox"/>		Gewicht <input type="checkbox"/>		Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ANAMNESE</b>			Größe <input type="checkbox"/>		Größe <input type="checkbox"/>		Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es wurde bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt <input type="checkbox"/>			<b>Blutdruck</b>				Onkologische Erkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorbestehende Krankheiten</b>			bis 140/90 mmHg <input type="checkbox"/>	bis 180/105 mmHg <input type="checkbox"/>	bis 140/90 mmHg <input type="checkbox"/>	bis 180/105 mmHg <input type="checkbox"/>	Hauterkrankung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eigenanamnese	Familienanamnese	bis 160/95 mmHg <input type="checkbox"/>	über 180/105 mmHg <input type="checkbox"/>	bis 160/95 mmHg <input type="checkbox"/>	über 180/105 mmHg <input type="checkbox"/>	Erkrankung des Nervensystems <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Der relativ höhere Wert (systolisch oder diastolisch) bestimmt die Klassenzugehörigkeit (z.B.: 150/100 mmHg = bis 180/105 mmHg). Bei Werten über 140/90 mmHg ist eine zweite Messung durchzuführen und der Mittelwert aus beiden Messungen für die Klassenzuordnung zugrunde zu legen.				Erkrankung der Psyche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					andere Krankheiten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonst. arter. Verschlusskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<b>FOLGENDE MASSNAHMEN WURDEN VERANLASST</b>			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Ernährungsumstellung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Diätberatung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					neu verordnete medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Nikotinentwöhnung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Onkologische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Bewegungstraining <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>Persönliche Risikofaktoren</b>			<b>LABOR</b>				Entspannungstechniken <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Nikotinabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesamtcholesterin <input type="checkbox"/>		Gesamtcholesterin <input type="checkbox"/>		sonstiges _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HDL/LDL Cholesterin <input type="checkbox"/>		HDL/LDL Cholesterin <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triglyceride <input type="checkbox"/>		Triglyceride <input type="checkbox"/>		keine <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alkoholabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glukose <input type="checkbox"/>		Glukose <input type="checkbox"/>		Ausstellung Präventionsempfehlung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Urin (ab 35 Jahre)</b>							
kardiovaskuläres Risiko (Erfassung durch Risikoscores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eiweiß <input type="checkbox"/>	Erythrozyten <input type="checkbox"/>	Eiweiß <input type="checkbox"/>	Erythrozyten <input type="checkbox"/>				
			Leukozyten <input type="checkbox"/>	Glukose <input type="checkbox"/>	Leukozyten <input type="checkbox"/>	Glukose <input type="checkbox"/>				
			Nitrit <input type="checkbox"/>		Nitrit <input type="checkbox"/>					