

Lösungsmuster

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Stempel der Einrichtung		 Universitätsklinikum Jena Aufnahmedatum Tag Monat Jahr Abgangsdatum Tag Monat Jahr Abgangsart 1 = entlassen nach Hause 2 = entlassen ins Heim 3 = verlegt innerhalb d. eigenen Einricht. 4 = verlegt in eine andere stat. Einricht. 5 = verst. nicht obduz. 6 = verst. und obduz. 9 = sonstiges
Name, Vorname des Versicherten		geb. am			
SCHUSTER, Franz		13.03.1925			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Uhrzeit	Station	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			
		Tag Monat Jahr 			
Einweisung durch			Letzte Aufn. in eign. Einr.		

LEITSYMPTOME Venenentzündung an beiden Beinen Verdacht auf venöse Thrombose	AKTUELLE MEDIKATION 1. Betablocker 2. Diuretikum 3. L-Thyroxin 4. Benzodiazepin 5. 6. 7. 8. 9. 10.
ENTSTEHUNG DER BESCHWERDEN plötzlich auftretende Schmerzen Bewegungseinschränkung	
JETZIGE BESCHWERDEN Schmerzen in den Beinen kann nicht allein laufen	
Vorerkrankungen <input checked="" type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tumoren <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Operationen wann?	Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Raucher seit Zig./Tag PY..... Äthanol seit wenig Drogen 0 Raucher bis 2008
Schilddrüsen-Unterfunktion	Berufsanamnese Schmied (selbstständig) Rentner
	Familienanamnese <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Allergie keine bekannt
	Unverträglichkeiten/Allergien keine

ALLGEMEINE ANAMNESE

n.u. = Nicht untersucht

Konstitution / Vegetativum	Größe cm	Aktuelles Gewicht kg	Gewichtsabnahme? kg in Mo. leicht	Miktionsstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		n.u.
Allgemeine Angaben	Nausea seit Emesis seit	Nykturie/Nacht	Unterschenkel-Ödeme einseitig zweiseitig seit	Fieber <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bis °C seit	Stuhlgang Obstipation Diarrhoe Konsistenz	Heiserkeit n.u.
Allgemeine Angaben	Körperliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Husten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Auswurf <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Dyspnoe <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja seit 2003	Thoraxschmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> atemabhängig	n.u.