

Familiäre Vorbelastung:

Vegetative Anamnese:**Schlafstörungen** ja nein Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen.

Sonstiges: _____

Schlaftabletten ja nein**Häufiges Wasserlassen pro Tag** ja nein

Wie oft? _____

Häufiges Wasserlassen nachts ja nein

Wie oft? _____

Probleme beim Wasserlassen ja nein Brennen, Schmerzen, Harnstrahl sehr dünn.

Sonstiges: _____

Husten Auswurf, Schmerzen, Blut. ja nein

Sonstiges: _____

Stuhlfrequenz 1-3 mal täglich, öfter als 3 mal täglich, seltener.**Stuhlbeschaffenheit** fest, breiig, flüssig, bleistiftdünn,
 bandförmig, schleimig, eitrig,
 mit Blut vermischt, weiß, schwarz

Sonstiges: _____

Abführmittel ja nein**Körpergewicht** konstant, zugenommen, abgenommen.

Wie viel _____ kg, in welcher Zeit _____ Monate.

Erbrechen ja nein häufig, selten, Erbrochenes mit Blutbeimischung, Erbrochenes sehr dunkel.

Sonstiges: _____

Luftnot (Dyspnoe) ja nein**Tägliche Trinkmenge** weniger als 1 Liter, 1-2 Liter, mehr als 2 Liter**Verstärkter Durst** ja nein**Übermäßiges Schwitzen** ja nein nachts, morgens, tagsüber.**Fieber** ja nein

Wenn ja, wie hoch? _____

Sozialanamnese: _____**Infektions-****anamnese:** Hepatitis HIV andere: _____**Angaben zur Medikamenteneinnahme:** Aspirin® (ASS), Brilique®, Clopidogrel, Efient®, Eliquis®, Heparin,
 Iscover®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlopidin, Xarelto®, Metformin.

Sonstiges:

Allgemeinbefund**Geschlecht:** m / w, Alter: _____ Jahre,**Ernährungs-Zustand:** sehr gut gut mäßig schlecht**Allgemein-Zustand:** sehr gut gut mäßig stark reduziert**Haut/Schleimhaut:** sehr gut ausreichend schlecht durchblutet Zyanose Blässe Ikterus

Untersuchungsbefunde

Cor: rhythmisch. Herztöne rein, keine Herzgeräusche

pathologisch: _____

Pulmo: sonorer Klopfeschall

pathologisch: _____

vesikuläres Atemgeräusch

pathologisch: _____

Thorax: Symmetrisch, seitengleich beatmet

pathologisch: _____

Abdomen: weich keine Resistenzen

Darmgeräusch über alle 4 Quadranten

pathologisch: _____

Voroperationen



Jahr	Art der Operation/Eingriff

Inspektion OP-Gebiet:

opB

pathologisch: _____

Markierung OP-Gebiet erfolgt: ja nein

Stomamarkierung erfolgt: ja nein wenn ja, durch:

(Unterschrift/Handzeichen)

Ileostoma Colostoma
