



Allgemeine Untersuchung

Name des Patienten:

Datum:

	Untersuchung	unauffällig		Auffälligkeit
		ja	nein	
1	Allgemeinverhalten, Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Innere Körpertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Nasenspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Augen und Konjunktiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Maulschleimhäute (Farbe, Feuchte), KFZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Zustand der Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Tonsillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Ohren (innen, außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Haarkleid, Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Äußere Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Husten auslösbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Auskultation Herz und Lunge, Atemfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Palpation Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Puls: Frequenz, Qualität, Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Krallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Analbeutel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Hoden/Gesäugeleiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kindly supported by