

Patienten-Aufkleber

Datum _____ Untersucher _____

Orientierender neurologischer Befund

Allgemeines				
Vigilanz	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> komatös		
Hirnnerven				
II	<input type="checkbox"/> Visus auf Befragen regelrecht	<input type="checkbox"/> reduziert: (0 = blind, 1 = Lichtschein, 2 = Finger zählen, 3 = Schlagzeilen lesen, 4 = normal)	R	L
	<input type="checkbox"/> Gesichtsfelder intakt	<input type="checkbox"/> Hemianopsie nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III, IV, VI	<input type="checkbox"/> keine Blickdeviation	<input type="checkbox"/> Blickdeviation nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> kein Spontannystagmus	<input type="checkbox"/> Spontannystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> keine Doppelbilder (DB)	<input type="checkbox"/> DB bei Blick nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> kein Blickrichtungsnystagmus	<input type="checkbox"/> BRN bei Blick nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pupillen seitengleich und reaktiv	<input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit		
VII	<input type="checkbox"/> keine Facialisparese	<input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX, X	<input type="checkbox"/> Würgreflex erhalten	<input type="checkbox"/> ausgefallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII	<input type="checkbox"/> kein Zungenabweichen	<input type="checkbox"/> Zungenabweichen nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflexe				
Eigenreflexe	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> gesteigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt		
Pyramidenbahnzeichen	<input type="checkbox"/> Babinski bds. negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorik				
Armhalteversuch	<input type="checkbox"/> kein Absinken	Paresegrad nach NIHSS:		
Beinhalteversuch	<input type="checkbox"/> kein Absinken	Paresegrad nach NIHSS:		
Sensibilität				
	<input type="checkbox"/> auf Befragen unauffällig			
Koordination				
Zeigeversuche	<input type="checkbox"/> FNV regelrecht	<input type="checkbox"/> ataktisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> KHV regelrecht	<input type="checkbox"/> Vorbeizeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stand	<input type="checkbox"/> Romberg negativ	<input type="checkbox"/> ataktisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Falltendenz		
		<input type="checkbox"/> nicht ausführbar		
Gang	<input type="checkbox"/> Gangbild unauffällig	<input type="checkbox"/> spastisch		
		<input type="checkbox"/> ataktisch		
		<input type="checkbox"/> akinetisch		
Neuropsychologie				
Orientierung	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert zu <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Situation		
Sprache	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> nicht-flüssige <input type="checkbox"/> flüssige Aphasie		
		<input type="checkbox"/> Dysarthrie		

Allgemein-körperlicher Befund

Allgemeines oB

AZ gut reduziert
EZ gut reduziert adipös

Haut oB

Anämie Lymphknoten
Zyanose Tumore
Exsikkose Effloreszenzen
Ikterus Narben

Mundhöhle oB

Gebiss sanierungsbedürftig Prothese
Tonsillen entzündet
Rachen gerötet

Hals oB

Schilddrüse: Struma
Halsvenenstauung
Carotis-Strömungsgeräusch
Mammae

Herz/Kreislauf oB

Puls ____ / min.
RR rechts ____ / ____ links ____ / ____
Herztöne/Geräusche I _____ II _____
Ödeme

Arterien oB

Fußpulse

Venen oB

Thrombose-Zeichen

Lungen oB

Klopfschall gedämpft hypersonor
Atemgeräusch verschärft leise
Nebengeräusche: trockene feuchte RG
Atemfrequenz ____ / min.
Vitalkapazität ____ ml
Sättigung (oximetrisch) ____ %

Abdomen oB

Leber vergrößert verhärtet
Größe (MCL) ____ cm
Milz vergrößert
Darmgeräusche reduziert keine
Nieren klopfschmerzhaft
Rektal

Wirbelsäule/Extremitäten oB