

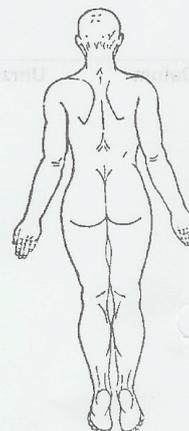
**UNFALLCHIRURGISCHER STATUS (Fortsetzung)**

**SCHULTERGÜRTEL/THORAX/BWS:**

**ARME:**

**ABDOMEN/LWS/BECKEN:**

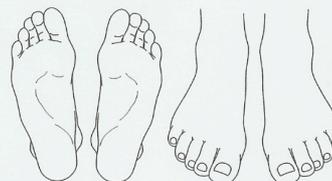
**BEINE:**



Fußpulse	re	li
A. femo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. popl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. dors. ped.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. tib. post. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

chronisch venöse Insuffizienz

- Varikosis
- Stauungsdermatitis
- Ulcus



**FUNKTIONELLER- UND NEUROLOGISCHER STATUS**

Bei unauffälliger Sprache und unauffälligem Gangbild wird eine grob orientierende neurologische Untersuchung als ausreichend angesehen. Bei Patienten, die nicht laufen können werden Arm- und Beinhalteversuch als Screeningmethode durchgeführt. Bei unklaren Situationen muss im Zweifelsfall immer eine umfassende neurologische Untersuchung durchgeführt werden.

<b>Gangbild</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:
<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:
<b>Gelenke</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:
<b>Armhalteversuch</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:
<b>Beinhalteversuch</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:

**RÖNTGENBEFUND:**

**Datum:**

Fremdaufnahme / Datum:

Abb. 23: stationärer Statusbogen, Seite 3

DRK-Kliniken Köpenick, Unfallchirurgische Klinik (Chefarzt Priv.-Doz. Dr. D. Wahl)

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Untersuchungstag: \_\_\_\_\_

**KARPALTUNNELSYNDROM**       re.       li.

(Kompressionsneuropathie des N. medianus im Bereich des Handgelenkes infolge Volumendiskrepanz zwischen Tunnel und Inhalt)

I. Beschwerden? Seit Wann?

II. Erkrankungen/Unfälle, Überlastungen am Handgelenk:

<u>III. Anamnestiche Syndrom:</u>	ja	nein
1. Nächtliche Paraesthesien Dig. 1 - 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Einschlafen Kuppe Dig. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kälte Raynaud-Phänomen) Schwitzen d. Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brennschmerz, Anschwellen der Hand, Ausstrahlen in U'arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ungeschicklichkeit und Schwäche der Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sensibilitätsausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>IV. Befund</u>	ja	nein
1. Druckschmerz im Bereich des Karpaltunnels, evtl mit ausstrahlenden Schmerzen in Dig. 1 - 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TINEL-HOFFMANN'sches Zeichen: Beklopfen des KT löst Elektrisieren (Mißempfinden) aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Palmarflexionstest: Ellbogen aufgestützt, Unterarme senkrecht, Hände 2 Min in volle Flexion fallen lassen: Parästhesie radiale 3 ½ Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dorsalflexionstest: Handflächen aufeinanderpressen mit voller Dorsalflexion: Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tourniquet-Test: pneumat. O'armmanschette über über systolischen Druck aufgeblasen, löst Schmerzen und Paraesthesien überwiegend im Medianusgebiet aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwellung proximal d. Handgelenkes (chronische Tendovaginitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>V. Röntgen:</u> veranlaßt:	Handgelenk 2 E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tunnelaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Elektroneurographie (NLG und EMG): veranlaßt? Datum:           

.....  
*Unterschrift des Arztes*

Abb. 24: CTS-Bogen der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Wird vom Arzt ausgefüllt	Vorgesehener Eingriff: _____ Anästhesie: _____ Termin: _____ ASA: _____
--------------------------	---

## Fragebogen (Anamnese)

bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen!

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Geschlecht:  weiblich     männlich  
 Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

**Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.**      **N = Nein    J = Ja**

1. **Ärztliche Behandlung** in letzter Zeit? Weswegen?  N     J  
 \_\_\_\_\_  
 Besteht zzt. eine **Erkältung**?  N     J  
 Traten in den letzten vier Wochen **Durchfall** und/oder **Erbrechen** auf?  N     J  
 Liegt eine **andere Infektion** vor?  N     J
2. Einnahme **gerinnungshemmender Medikamente** in den letzten Wochen? Z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Ticlopidin, Clopidogrel  N     J  
 oder \_\_\_\_\_  
 Einnahme **anderer Medikamente**? Z.B. Blutdruck-/Herzmedikamente, Schmerzmittel, „Antibabypille“, Psychopharmaka, Antidiabetika  N     J  
 oder \_\_\_\_\_
3. **Frühere Operationen?** (Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)  N     J  
 \_\_\_\_\_
4. Beschwerden (z.B. Lagerungsschäden) nach einer **früheren Narkose/Regionalanästhesie/örtlichen Betäubung**?  N     J  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 Traten bei Blutsverwandten Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Anästhesie auf?  N     J
5. Wurden schon einmal **Blut oder Blutbestandteile** übertragen (Transfusion)?  N     J  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
 Gab es **Komplikationen**?  N     J
6. Für Patientinnen: Könnte möglicherweise eine **Schwangerschaft** bestehen?  N     J  
**Stillen** Sie?  N     J

7. Bestehen oder bestanden folgende **Erkrankungen** oder **Anzeichen dieser Erkrankungen**?

**Herz/Kreislauf:** Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung; hoher oder niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Gefäße:** Krampfadem, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Atemwege/Lunge:** chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tb, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Leber:** Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Nieren:** erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Speiseröhre, Magen, Darm:** Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Zuckerkrankheit, Gicht  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Schilddrüse:** Unter- oder Überfunktion, Kropf  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Skelettsystem:** Gelenkerkrankungen, Rücken-/Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Nerven/Gemüt:** Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen; Depressionen, häufige Kopfschmerzen  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Augen:** Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Blut:** Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Nachbluten nach Operationen  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Muskeln:** Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, auch bei Blutsverwandten  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

**Allergie** (z.B. Heuschnupfen) od. **Überempfindlichkeit** gegen Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Iod, Pflaster, Latex (z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe)  N     J  
 oder \_\_\_\_\_

8. **Andere Erkrankungen/Behinderungen?**  N     J  
**Chronische Schmerzen?**  N     J

9. **Lockere Zähne, Karies?**  N     J  
**Zahnersatz** (Prothese, Stütz Zahn, Krone)?  N     J

Zahnstatus (wird vom Arzt ausgefüllt)

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
					V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V		
<b>Re</b>					V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V		<b>Li</b>
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

e = ersetzte Zähne                      c = kariöse Defekte  
 k = Krone                                      f = fehlende Zähne  
 b = Brücke                                      z = zerstörte Zähne

Abb. 25: Anamnese Bogen der Abteilung für Anästhesie