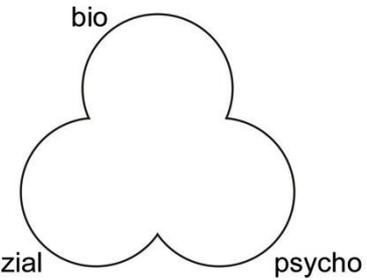


5.4. Arbeitsblatt: Fall 2 – Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“

	Alter:	Geschlecht:	Universitäts Klinikum																											
S - Subjektiv	Beratungsanlass / evtl. erster Satz:																													
																													
	Gezielte Anamnese / erlebte Anamnese / Vermutung Patient:																													
																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">Erster Eindruck:</td> <td style="width: 15%;">Leicht (krank)</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Schwer (krank)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Akut</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Chronisch</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Somatisch</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Psychisch</td> </tr> </table>				Erster Eindruck:	Leicht (krank)	<input type="checkbox"/>	Schwer (krank)		Akut	<input type="checkbox"/>	Chronisch		Somatisch	<input type="checkbox"/>	Psychisch															
Erster Eindruck:	Leicht (krank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwer (krank)																						
	Akut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronisch																						
	Somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychisch																						
O - Objektiv	Körperliche Untersuchung:																													
																													
	Technische Untersuchung:																													
Labor:																														
A - Assessment	Kategorie der Diagnostischen Sicherheit (Klassifizierung):																													
	<input type="checkbox"/> Symptom <input type="checkbox"/> Symptomengruppe <input type="checkbox"/> Bild einer Krankheit <input type="checkbox"/> exakte Diagnose																													
	Formulierung des Beratungsergebnisses:																													
	Bio-psycho-soziale Einschätzung: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	Mögliche abwendbar gefährliche Verläufe (agV): <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 																												
P - Plan	Therapeutische Maßnahmen:																													
	<input type="checkbox"/> problemorientierte Beratung <input type="checkbox"/> Medikament(e) <input type="checkbox"/> Krankschreibung <input type="checkbox"/> Sonstiges:																													
Weiteres Vorgehen:																														
<input type="checkbox"/> Abwartendes Offenlassen <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Einweisung																														

5.5. Arbeitsblatt: Der „Leitlinien – Fall“

	Alter:	Geschlecht:	TUM Universitäts Klinikum
S - Subjektiv	Beratungsanlass / evtl. erster Satz:		
		
	Gezielte Anamnese / erlebte Anamnese / Vermutung Patient:		
.....			
.....			
Erster Eindruck: Leicht (krank) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwer (krank)			
Akut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronisch			
Somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psychisch			
O - Objektiv	Körperliche Untersuchung:		
		
		
Technische Untersuchung:			
Labor:			
A - Assessment	Kategorie der Diagnostischen Sicherheit (Klassifizierung):		
	<input type="checkbox"/> Symptom <input type="checkbox"/> Symptomengruppe <input type="checkbox"/> Bild einer Krankheit <input type="checkbox"/> exakte Diagnose		
	Formulierung des Beratungsergebnisses:		
	Bio-psycho-soziale Einschätzung:	Mögliche abwendbar gefährliche Verläufe (agV):	
	1. 2. 3. 4. 5.		
P - Plan	Therapeutische Maßnahmen:		
	<input type="checkbox"/> problemorientierte Beratung <input type="checkbox"/> Medikament(e) <input type="checkbox"/> Krankschreibung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Weiteres Vorgehen:			
<input type="checkbox"/> Abwartendes Offenlassen <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Einweisung			

Fallanalyse im Kontext der verwendeten Leitlinie

Verwendete Leitlinie:

Wurde durchgehend entsprechend der Leitlinie vorgegangen?

Wenn nein – wo nicht?

Und warum nicht? Bitte kurz begründen.

6.2. Arbeitsblatt: „Chronische Erkrankung“ –Diabetes mellitus Typ 2

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?
---------------------	------------	---------------------------

Anamnese

1. Diabetes seit _____ Jahren bekannt
2. Typ 2 Diabetes Typ 1 Diabetes
3. Werden Blutzuckerselbstmessungen durchgeführt (Teststreifen, permanente Messung)?
 Ja Nein
Häufigkeit der Blutzuckerselbstmessung: _____ Mal pro Tag/Woche/Monat / _____
4. Patient mit Blutzuckereinstellung zufrieden? Ja Nein
5. Episoden mit deutlichem Unter- / Überzucker Ja Nein
Sind schwere Unterzuckerungen (Pat. war auf Fremdhilfe angewiesen) vorgekommen?
 Ja Nein
6. Notfallbehandlung (KH, Notarzt) Diabetes letzte 12 Monate?
 Ja Nein
7. Zusätzliche (Gefäß-)Risikofaktoren:
 Rauchen _____ Zigaretten/Tag Hyperlipidämie Arterielle Hypertonie
8. Diabetische Folgeerkrankungen bekannt? Ja Nein
Welche?
 Diab. Retinopathie Diabetische Polyneuropathie Diab. Nephropathie
 Angiopathie, welche: KHK pAVK Apoplex
9. Letzte Diabetikerschulung: Jahr: _____ noch nie
10. Letzte Hypertonieschulung: Jahr: _____ noch nie
11. Letzte Vorstellung beim Augenarzt? Jahr: _____ noch nie

Körperliche Untersuchung

1. Größe, Gewicht und BMI:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

BMI: _____ kg/m²

untergewichtig

normalgewichtig

Adipositas Grad _____

2. Blutdruck:

links: _____ / _____ mmHg

rechts: _____ / _____ mmHg

3. Inspektion beider Füße

Auffälligkeiten: _____

Klassifikation nach Wagner/Armstrong: rechts _____ links _____

	0	1	2	3	4	5
	Prä- oder postulzerierte Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
A	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

4. Fußpulse tastbar?

A. tibialis posterior

re

li

A. dorsalis pedis

re

li

5. Druckempfindlichkeit geprüft (10-g-Monofilament an Großzehe beidseits):

Ergebnis: _____

6. Sensibilitätsprüfung (Vibrationsempfinden mit 128 Hz Stimmgabel):

Metatarsale 1 Köpfchen re _____ / 8

li _____ / 8

7. Reflexe auslösbar?

ASR

re

li

PSR

re

li

Labor

1. Labor

BZ: _____ mg/dl **HbA1C:** _____ % **Kreatinin:** _____ mg/dl **eGFR:** _____ ml/min

Cholesterin: _____ mg/dl (HDL: _____ mg/dl, LDL: _____ mg/dl, Triglyzeride: _____ mg/dl)

2. Urin

Urin-Albumin-Kreatinin-Quotient (1x jährlich): _____

Therapie

1. Diät

2. Bewegung

3. Medikamente

Orale Antidiabetika:

Insuline:

Antihypertensiva:

Lipidsenker:

Sonstige

Beurteilung des Patienten

Gesamtsituation gut ausreichend verbesserungsbedürftig

Zucker- und Lipidstoffwechsel gut ausreichend verbesserungsbedürftig

Vorgeschlagene Maßnahmen:

1. **Weitere Diagnostik:** _____

2. **Weitere Therapie:** _____

7. Langzeitversorgung des alten Patienten

Im Lehrbuch „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“, 5. Auflage 2017 (Thieme), werden die Aspekte der Langzeitversorgung von alten Patienten sehr treffend folgendermaßen beschrieben: Bei der Behandlung von

7.2. Arbeitsblatt: Geriatrisches Basisassessment – Patientenbericht

7.2.1. Barthel-Index: Basisfunktion des Alltags

Der **Barthel-Index** ist ein Assessmentinstrument zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Entwickelt wurde er 1965 als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskelettalen Erkrankungen. Er findet Anwendung im Rahmen des Pflegeassessments. Der Aussagewert des Barthel-Index ist jedoch beschränkt. So gibt ein Score-Wert von 100 Punkten lediglich an, dass ein Patient in der Lage ist, alle im Score aufgeführten Aktivitäten durchzuführen. Daraus ergibt sich jedoch nicht zwangsläufig, dass der Patient in der Lage ist, sein Leben selbständig und eigenverantwortlich zu führen, da andere alltagsrelevante Dimensionen wie Kognition und Kommunikationsfähigkeit nicht erfasst werden. Ebenso werden komplexe Tätigkeiten wie Einkaufen, Haushaltsführung, Behördengänge vom Barthel-Index nicht evaluiert.

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?
Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/> 15
	Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung.	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flur-ebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m.	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0

Interpretation

0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig; 35-80 Punkte: hilfsbedürftig; 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig; 100 Punkte: Zustand kompletter Selbstständigkeit (bezogen auf den jeweiligen Untersuchungskontext)

SCORE: /100

7.2.2. Geldzähltest nach Nikolaus: Instrumentelle Alltagskompetenz

Ziel: Der Test erfasst Visus, manuelle Geschicklichkeit und kognitive Leistungsfähigkeit.

Testdurchführung: Der Patient soll das in der Geldbörse befindliche Geld (19,80 €) abzählen. Im Außenfach der Scheine befinden sich ein 10 € Schein und ein 5 € Schein. Im Münzfach befinden sich eine 2 €-Münze, zwei 1 €-Münzen, eine 50 Cent-, eine 20 Cent- und eine 10 Cent Münze. Nach genauer Erklärung des Testablaufes durch den Prüfer muss der Patient das Geld aus der verschlossenen Geldbörse entnehmen und auf dem Tisch zählen. Nach drei Fehlversuchen oder mehr als 300 Sekunden wird der Test abgebrochen.

Ergebnisinterpretation:

< 45 Sekunden:	Der Patient ist selbstständig
45 – 70 Sekunden:	Risiko für Hilfsbedürftigkeit
> 70 Sekunden:	Risiko für erhebliche Hilfsbedürftigkeit

Ergebnis und Interpretation: _____ sec

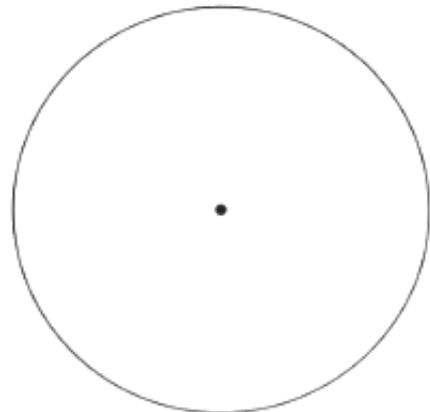
selbständig Risiko für Hilfsbedürftigkeit Risiko für erhebliche Hilfsbedürftigkeit

7.2.3. Uhrentest nach Shulman: Kognition

Ziel: Es werden zwei kognitive Teilfunktionen erfasst.

- Visuell-räumliche Organisation
- Abstraktes Denken

Er zeigt bereits geringe kognitive Defizite und ist unabhängig von Alter, Sprache, Kultur und Bildung.



Testdurchführung und Interpretation:

Aufgabe des Patienten ist es, den obenstehenden Kreis zu einer Uhr zu vervollständigen. Dazu bitten Sie ihn, alle Ziffern zu ergänzen und danach die Zeiger auf „10 Minuten nach 11 Uhr“ einzuzichnen. Werden 6 oder weniger Punkte erreicht, liegt der Verdacht auf Demenz vor und es sollten weitergehende Untersuchungen vorgenommen werden.

Ziffer 12 richtig gezeichnet: 3 Punkte
Beide Zeiger richtig: 2 Punkte
Alle 12 Ziffern vollständig: 2 Punkte
Korrekte Zeit: 2 Punkte

Verdacht auf Demenz (≤ 6 Punkte)

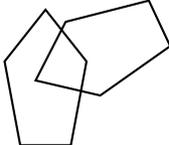
Unauffälliger Test (≥ 7 Punkte)

7.2.4. Mini Mental Status Test (MMST)

Der MMST wurde 1975 von Folstein et al. entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Instrument zur Feststellung kognitiver Defizite zu bieten. Der Mini-Mental-Status-Test ist ein hochökonomisches und besonders einfach durchzuführendes Verfahren zum Schnell-Screening auf Demenz. Bei seiner Anwendung ist jedoch die extreme Anfälligkeit des Tests für Störeinflüsse zu beachten. Darüber hinaus liefert der MMST nur eine grobe Einschätzung kognitiver Defizite, die bei Vorliegen eines kritischen Testwertes durch weitere Verfahren gestützt und überprüft werden muss. Anhand von 9 Aufgabenkomplexen werden zentrale kognitive Funktionen überprüft (zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen). Die Durchführung dauert in der Regel 3 bis 10 Minuten. Für jede erfolgreich bewältigte Aufgabe bekommt der Patient einen Punkt. Die Punkte werden nach Beendigung des Tests aufsummiert.

Interpretation: **30-27 Punkte: keine** Demenz;
26-24 Punkte: Graubereich, Evidenz unklar
23-18 Punkte: leichte Demenz,
17-10 Punkte: mittelschwere Demenz,
0-9 Punkte: schwere Demenz

Mini-Mental Status		Erklärungen / Antworten	Punkte
	Fragen	Geben Sie pro Aufgabe nur ganze oder keine Punkte, also „0“ oder „1“. Wenn der Patient unsicher ist, bitten Sie ihn nochmals sich festzulegen. Falls er keine Antwort gibt, geben Sie „0“ Punkte.	
1.	Welches Jahr haben wir?	(z.B. 2017, 2018 etc.) Keine Toleranz	●
2.	Welche Jahreszeit ist jetzt?	(z.B. Frühling, Sommer, Herbst, Winter). Es gilt eine Toleranz von ± 2 Wochen	●
3.	Der wievielte des Monats ist heute?	(z.B. 4., 10., etc). Toleranz \pm Tag	●
4.	Welcher Wochentag ist heute?	Keine Toleranz	●
5.	Welcher Monat ist jetzt?	Keine Toleranz	●
6.	In welchem Land leben wir?	Keine Toleranz	●
7.	In welchem Bundesland leben wir?	Keine Toleranz	●
8.	In welcher Ortschaft leben wir?	Keine Toleranz	●
9.	Wo sind wir (z.B. Praxis / Altersheim)?	Keine Toleranz	●
10.	Auf welchem Stockwerk befinden wir uns?	Keine Toleranz	●
	Darf ich nun Ihr Gedächtnis testen? Gut! Ich werde Ihnen jetzt drei Wörter nennen. Hören Sie bitte zuerst zu und wiederholen Sie die drei Wörter, sobald ich fertig bin.	Sprechen Sie die 3 Wörter nacheinander langsam (ca. eines pro Sekunde) und deutlich vor. Lassen Sie den Patienten die 3 Wörter wiederholen, nachdem Sie alle 3 Wörter gesagt haben.	
11.	Zitrone	Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl (1 Punkt pro Wort). Werden nicht alle 3 Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie alle drei Begriffe bis zu 6 Mal, bis alle Wörter gelernt sind (werden später wieder abgefragt!).	●
12.	Schlüssel		●
13.	Ball		●

14.	Können Sie von der Zahl 100 jeweils 7 abziehen, also hundert minus 7	Der Patient soll selbstständig rechnen und von der Zahl 100 fortlaufend 7 subtrahieren, insgesamt 5x (93-86-79-72-65)	•
15.	minus 7	Es ist nicht erlaubt, die Instruktion zu wiederholen. Jede Subtraktion ergibt einen Punkt. Falsche Zwischenresultate werden nicht korrigiert und geben keinen Punkt. Wird hingegeben von einem falschen Zwischenresultat 7 korrekt abgezogen, werden dies und nachfolgende richtige Subtraktionen wiederum mit einem Punkt bewertet.	•
16.	minus 7		•
17.	minus 7		•
18.	minus 7		•
	Welche drei Wörter haben Sie mir vorhin nachgesprochen?	Die Reihenfolge der Wörter spielt keine Rolle und jedes korrekt erinnerte Wort wird wiederum mit einem Punkt bewertet.	
19.	Zitrone		•
20.	Schlüssel		•
21.	Ball		•
22.	Was ist das?	Zeigen Sie dem Patienten einen Bleistift oder Kugelschreiber. Keine Toleranz.	•
23.	Was ist das?	Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr (Korrekt ist Armbanduhr oder Uhr). Keine Toleranz.	•
24.	Sprechen Sie mir bitte nach: „Kein Wenn und Aber“.	Deutlich sprechen. Korrektes nachsprechen ergibt einen Punkt. Nur ein Versuch ist erlaubt.	•
25.	Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand,	Legen Sie ein leeres DIN A4-Blatt im Hochformat vor den Patienten auf den Tisch und geben Sie ihm die Instruktionen zusammenhängend. Lassen Sie ihn erst danach die drei Handlungen ausführen. Jede korrekt ausgeführte Handlung ergibt einen Punkt.	•
26.	Falten Sie es in der Mitte,		•
27.	Lassen Sie es auf den Boden fallen.		•
28.	Lesen Sie dies laut vor und führen Sie es aus.	Legen Sie dem Patienten die Beilage mit der Aufschrift „SCHLIESSEN SIE IHRE AUGEN“ hin. Erst die Ausführung (Augenschließung) ergibt einen Punkt.	•
29.	Schreiben Sie bitte einen vollständigen Satz.	Geben Sie dem Patienten ein leeres Blatt DIN A4 Hochformat. Bitte keinen Satz vorsagen. Der Satz muss mindestens aus einem Subjekt und einem Verb bestehen und muss einen Sinn ergeben. Falsche Rechtschreibung wird nicht berücksichtigt.	•
30.	Zeichnen Sie bitte diese Figur ab. (Sie können ergänzen: Es muss nicht schön sein, aber es muss stimmen.	Legen Sie dem Patienten eine Zeichnung mit zwei überlappenden Fünfecken vor (Hochformat). Es müssen alle 10 Ecken / Winkel vorhanden sein und 2 Ecken müssen sich wie in der Originalzeichnung überschneiden, d.h., es muss ein Viereck ergeben. Um einen Punkt zu erhalten, müssen beide Kriterien erfüllt sein. Zittrige Linien oder eine Rotation der Figuren sind erlaubt.	•
			
Summe aller Punkte			

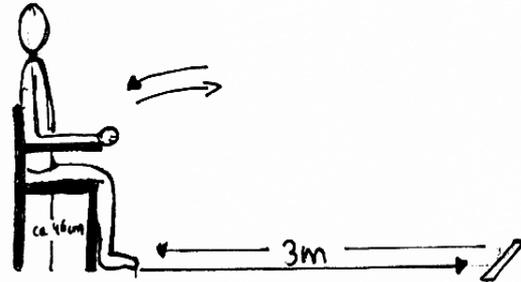
7.2.5. Timed up and go-Test: Mobilität

Ziel: Erkennen von Defiziten der Alltagsmobilität aufgrund von Kraftverlust, Gangunsicherheiten und kognitiven Einbußen.

Testdurchführung: Der Patient wird gebeten von einem Stuhl (mit Armlehnen) aufzustehen, 3 Meter zu einer zuvor markierten Stelle zu gehen, sich dort umzudrehen, die gleiche Strecke zurück zu gehen und wieder in die sitzende Ausgangsposition zurück zu kehren. Hilfsmittel, wie Rollator, Stock, etc., die der Patient in seinem häuslichen Alltag ebenfalls verwendet, dürfen verwendet werden. Die Zeit wird mitgestoppt.

Ergebnis und Interpretation: _____ sec

- < 10 sec: Mobilität uneingeschränkt
- 11-19 sec: leichte Einschränkung in der Mobilität.
- 20-29 sec: stärkere Einschränkung in der Mobilität
- > 30 sec: Alltagsmobilität nicht mehr sicher gewährleistet



Zusammenfassung der Testergebnisse aller Tests:

Bitte fassen Sie das Untersuchungsergebnis zusammen. Fokussieren Sie sich dabei auf Ihre erhobenen Ergebnisse und erörtern Sie Ihrem Lehrarzt gegenüber, welche Maßnahmen Ihrer Meinung nach eingeleitet werden könnten. Lassen Sie dabei gesundheitspolitische Aspekte außer Acht und konzentrieren Sie sich auf die sozialen wie auch auf die individuell medizinischen Vorgaben.

Welche individuellen geriatrischen Probleme haben Sie durch die Tests bei dem Patienten erkennen können?

Welche Möglichkeiten ergeben sich Ihrer Meinung nach für den Hausarzt, hier unterstützend tätig werden zu können?

Aufgaben in der Praxis

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?
---------------------	------------	---------------------------

Bitte beschreiben Sie in einem Satz kurz, wie Sie sich aufgrund des Aktenstudiums Ihren Patienten vorstellen:

Dauerdiagnosen:

Dauermedikation:

Auffällige Facharztbefunde:

Auffällige Blutwerte:

Grund des Besuches:

Routinebesuch

Akuter Anlass

Aufgaben während des Hausbesuchs

Bitte halten Sie nun die von Ihnen erhobenen Befunde fest.

Körperliche Untersuchung

Medizinische Versorgung

Ernährung

Wohnumfeld

Soziales Umfeld

Aufgaben nach dem Hausbesuch – zurück in der Praxis

Bitte recherchieren Sie nun noch die Medikation, wenn Sie vom Hausbesuch zurückgekommen sind.

Medikamente (<http://www.dosing.de>; http://www.drugs.com/drug_interactions.html)

Wechselwirkungen:

Maximaldosis der Medikamente bei gegebener GFR:

Nebenwirkungen und Risiken:

Auf diese Medikamente würde ich eventuell verzichten (Nehmen Sie dazu PRISCUS und/oder FORTA Liste):

8.2. Arbeitsblatt: Gesundheitsprävention „Check-up 35“

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?
---------------------	------------	---------------------------

Anamnese

Erhebung der Risikofaktoren und aktuellen Beschwerden (siehe Anleitung)

Körperliche Untersuchung

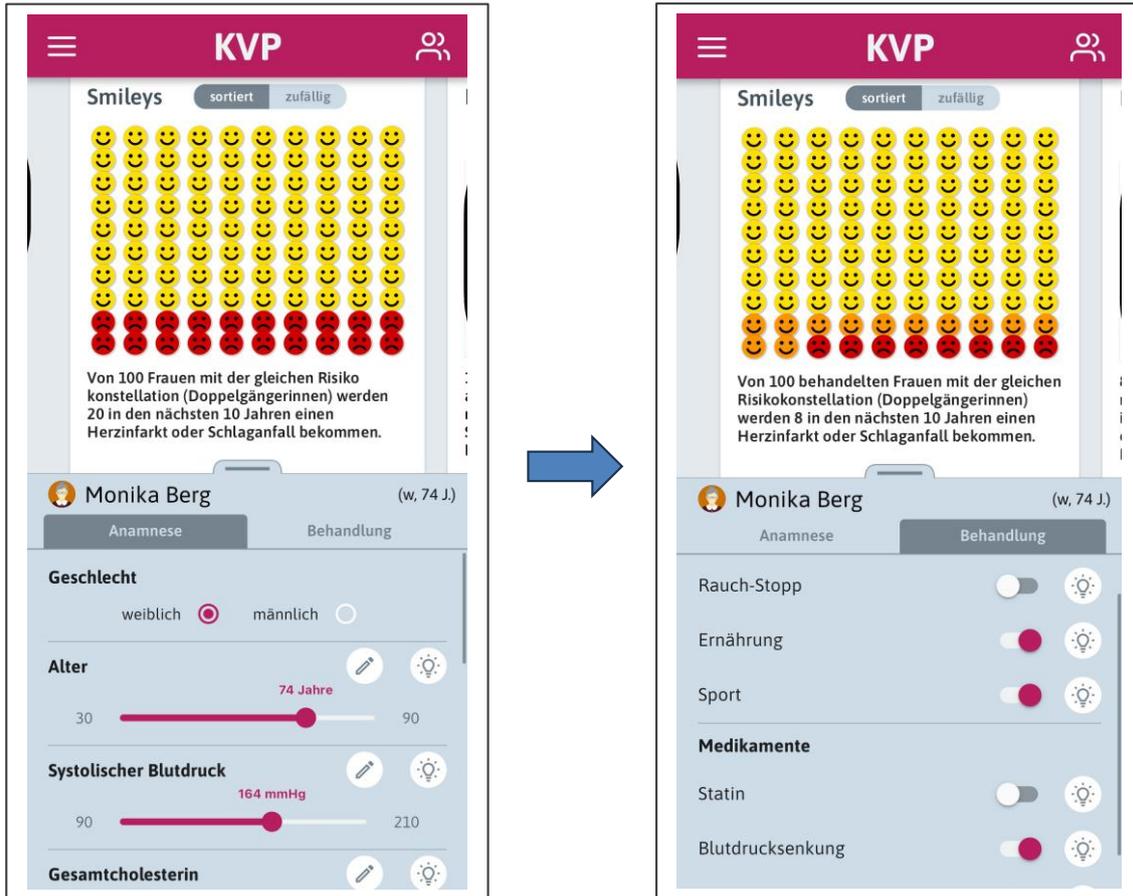
RR, BMI bzw. Hüft- und Taillenumfang, Haut, sichtbare Schleimhäute, Brust- und Bauchorgane, Stütz- und Bewegungsorgane, orientierende neurologische Untersuchung, Gefäßstatus, Psyche

Laboruntersuchungen

Impfstatus

Beratung und Zielvereinbarung

Tragen Sie bitte die erhobenen Befunde in die Arriba-App ein und diskutieren Sie mit Ihren Patient:innen die verschiedenen Behandlungsoptionen:



Gemeinsame Zielvereinbarung

Arbeitsblatt: Arbeitsblatt Standardimpfungen im **Erwachsenenalter** (Stand 04/25)

Konzeption: Dr. med. Florian Vorderwülbecke

Name:

Alter:

Impfung	G1	G2	G3	A	S	Letzte Impfung:	Impfung nötig?
Tetanus + Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pneumokokken (≥ 60J)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Herpes zoster (≥ 60J)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
COVID-19 (≥ 60J)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Influenza (≥ 60J)					<input type="checkbox"/>	
RSV (≥ 75J)					<input type="checkbox"/>	
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Allgemeine Hinweise

- Tetanus, Diphtherie: Auffrischung alle 10 Jahre
 - 1-malig als Tdap (mit Pertussis) bzw. als Tdap-IPV (mit Pertussis + Polio)
- MMR: Eine Dosis für alle nach 1970 geborenen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit
- Röteln: Bei ungeimpften Frauen, nur einmal geimpften Frauen oder Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter
- FSME: 3 Grundimmunisierungen, Auffrischung abhängig von Alter und Impfstoff alle 3-5 Jahre
- COVID-19: Grundimmunisierung durch mind. 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte (davon mindestens 1 Impfung)
- COVID-19 und Influenza: Jährliche Impfung im Herbst
- Herpes zoster: Ab 60 Jahren 2 Impfstoffdosen im Abstand von mind. 2 bis max. 6 Monaten
- Pneumokokken: 1-malige Impfung mit PCV20
- RSV: 1-malige Impfung ab 75 Jahren
- Cave: Bei einzelnen Impfungen gilt bei Vorliegen von Risikofaktoren (COPD, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen etc.) eine Impfempfehlung ab 50 Jahren (z. B. Herpes zoster, jährliche COVID-19 und Influenzaimpfung)
- Cave: Indikations- und berufsbedingte Impfungen beachten
 - Z. B. Pertussis-Auffrischung alle 10 Jahre bei Arbeit mit direktem Patientenkontakt
 - Schwangere und direktes Umfeld eines Neugeborenen: Auffrischung spätestens 4 Wochen vor Geburtstermin

[Ausführliche, aktuelle Informationen finden Sie im epidemiologischen Bulletin 04/2025](#)



9.2. Arbeitsblatt: „Der psychosomatische Fall“ - Patientenbericht

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?
---------------------	------------	---------------------------

Die Sachebene

Das Patientenanliegen

Die Beziehungsebene

Erster Eindruck, Atmosphäre, Reaktionen aufeinander, unbewusster Konflikt

Die Klärung

Zeitrahmen, Lösung des Problems
