

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**JL:**

**Persönliches Ziel:**

**Weiteres medizinisches:**

**Sozialanamnese:**

Wohnort:

Zivilstand:

Kinder:

BADL:

IADL:

Unterstützung:

**Fremdanamnese:**

**Patientenverfügung:**

**IPS:**

**REA:**

**Allergien:**

---

Schmerzen:    Anfang                    Ort        NRS    Qualität                    Ausstrahlung.

Mobilität:            Hilfsmittel                                    , maximale Gehstrecke:

Sturzanamnese: Häufigkeit im letzten Jahr, Sturzhergang (synkopal, nicht-synkopal)

Schwindel: Anfang/Ort/Art/Stürze/seit wann

Frakturen/Knochen: Keine vorangegangenen Frakturen, keine Knochendichtemessung, Supplemente (Vitamin D/Kalzium), keine medikamentöse Osteoporosebehandlung.

Kardiopulmonall: Angina pectoris, Dyspnoe, NYHA , Husten/Auswurf, Beinödeme, Orthostase.

Gastrointestinal: Obstipation, Inkontinenz, regelmässig, Laxantiengebrauch, Nausea, Reflux.

Ernährung: Appetit, Dysphagie, Aspirationen, Zahnprothesen Ober-/Unterkiefer.

Gewicht: Gewichtsverlust, Normalgewicht:

Harnwege: Inkontinenz, Dysurie, Pollakisurie, Nykturie /Nacht.

Schlaf: Ein- / Durchschlafstörung, Schlafmedikation.

Visus: Variluxbrille/Lesebrille, Augen OP: XX.

Gehör: Schwerhörigkeit, Hörgerät.

Kognition: Subjektiv Defizite. Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit

Emotion: Depression, Antriebslosigkeit.

Noxen: Nikotin:

Alkohol:

Drogen:

Fieber:

Nachtschweiss:

**GDS4**: **Gesamtscore**: /4

Sind sie grundsätzlich zufrieden mit ihrem Leben?	Ja	Nein
Haben Sie das Gefühl Ihr Leben ist leer?	Ja	Nein
Befürchten Sie, dass ihnen etwas schlechtes zustossen wird?	Ja	Nein
Sind sie meist glücklich?	Ja	Nein

### **SOMC**

Frage	Max Fehler	Faktor	Punkte
Welches Jahr haben wir?	1	4	
Welchen Monat haben wir?	1	3	
Johann Meier, Doufourstrasse 42, Zürich			
Wie spät ist es? (1h genau)	1	3	
20-1 Rückwärts	2	2	
Monate rückwärts	2	2	
Johann Meier, Doufourstrasse 42, Zürich	5	2	

**SOMC Gesamt:** \_\_\_\_\_

**Medikamente**: