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

**JL:**

**Persönliches Ziel:  
Weiteres medizinisches:**

**Sozialanamnese:**Wohnart:  
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: Obstpiation, 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:**