

# Klinisches Assessment

## Beobachtungscheckliste Abdomen

	korrekt	unvollständig	falsch / fehlend
<b>Vorbereitung</b>			
Material vollständig und funktionstüchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung Patientin / Patient in komfortabler Rückenlage, Arme neben Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position der / des Untersuchenden: rechts der Patientin / des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeiner Eindruck</b>			
Vigilanz, Orientierung, Körperhaltung, Gesicht / Mimik / Gestik, Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körpermasse, Vitalzeichen</b>			
Grösse, Gewicht, BMI, Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inspektion</b>			
Allgemeinzustand: Körperhaltung, Mimik / Gestik, Ernährungszustand, Flüssigkeitszustand / Hautturgor, Hautkolorit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen: Konjunktiven, Skleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund: Zunge, Gaumen, Mundboden, Wangentaschen, Geruch, Zähne, Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände: Farbe, Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingernägel: Farbe, Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen: Form, Konturen, Hautfarbe, Narben, Behaarung, Gefässzeichnungen, Umbilicus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Auskultation</b>			
Darmgeräusche über allen vier Quadranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Perkussion</b>			
Abdomen über allen vier Quadranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenloge links / rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Palpation</b>			
Oberflächliche Palpation in allen vier Quadranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefe Palpation in allen vier Quadranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ggf. zusätzliche Untersuchungen</b>			
Appendizitiszeichen: McBurney-Punkt, Lanz-Punkt, Psoas-Zeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholezystitiszeichen: Murphy-Zeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>