

Untersuchungsdatum

Familienname, Vorname

Größe: cm

Gewicht: kg

Übergewicht: % Broca

Blutdruck: / mm Hg

Puls: /min

	auffällig		Kommentar des Untersuchers
	ja	nein	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äußere Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nase / Septum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hals /Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber / Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruchpforten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulenform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WS-Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulter / Arme / Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hüften / Beine / Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vegetativum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	