

# Darstellung therapeutischer Maßnahmen und Anamnese

Dieses Kapitel beschreibt die korrekte Dokumentation des Therapieplans, der Anamnese und der körperlichen Untersuchung.

- [Therapieplan](#)
- [Anamnese](#)
- [Körperliche Untersuchung](#)

# Therapieplan

Der Therapieplan enthält in der Regel die aktuelle Medikation.

## Regeln

1. Ausschließlich **Wirkstoffnamen** verwenden – keine Handelsnamen.
2. **Dosierung** in mg bzw. µg pro Gabe angeben.
3. Einnahmeschema (Morgens – Mittags – Abends – zur Nacht) als Zahlenfolge notieren.
4. Parenterale Medikamente in gleicher Weise aufführen.
5. Bei Kombinationspräparaten beide Wirkstoffe mit Dosierung angeben.
6. Ungenaue Angaben wie „Insulin nach Patientenschema“ vermeiden.
7. Einheitliche Schreibweise: Wirkstoff – Dosierung – Einnahmeschema.

## Beispiele

Medikament	Dosierung
Ramipril/Hydrochlorothiazid 5mg/25 mg	1 - 0 - 0 - 0
Metoprololsuccinat 95 mg	½ - 0 - ½ - 0
Acetylsalicylsäure 100 mg	1 - 0 - 0 - 0
Insulin glargin 20 I.E.	0 - 0 - 0 - 1

# Anamnese

Die Anamnese beschreibt in Fließtext die zur Aufnahme führenden Beschwerden, deren Dauer, den bisherigen Verlauf bis zur Aufnahme sowie die Herkunft des Patienten.

Bei Brustschmerzen oder Dyspnoe ist die Stadieneinteilung (CCS bzw. NYHA) obligat.

Am Ende der Anamnese werden die Sozialanamnese und die Allergien angegeben.

## Regeln

1. In vollständigen Sätzen formulieren.
2. Auf die aktuellen Beschwerden und den Verlauf bis zur Aufnahme beschränken.
3. Herkunft angeben (z. B. Pflegeheim, Verlegung aus anderem Klinikum, Einweisung durch den Rettungsdienst, Eigenvorstellung).
4. Bei Brustschmerzen die **CCS-Klassifikation**, bei Dyspnoe die **NYHA-Klassifikation** nennen.
5. **Sozialanamnese** am Ende: Pflegegrad, Mobilität, relevante Hilfsmittel oder Wohnsituation.
6. **Allergien** am Ende: Auslöser, Reaktion oder „keine bekannt“.
7. Vorerkrankungen nicht aufführen – diese gehören in die Diagnosenliste.

## Beispiel

“ Die Patientin stellte sich mit seit drei Tagen progredienter Belastungsdyspnoe vor. Eine Ruhedyspnoe wurde verneint.

Die Verlegung erfolgte aus dem Pflegeheim Sonnenblick. Bei Aufnahme bestand eine Dyspnoe NYHA III.

Sozialanamnese: Pflegegrad 2, mobil mit Rollator, lebt im Pflegeheim Sonnenblick.

Allergien: Keine bekannt.

# Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung enthält alle für die kardiologische Beurteilung relevanten Befunde bei Aufnahme.

## Regeln

### 1. **Obligate Befunde:**

- Puls
- Blutdruck an beiden Armen
- Körpergröße und Gewicht
- Atemfrequenz (bei Dyspnoe verpflichtend)
- Body-Mass-Index (bei Adipositas verpflichtend)
- Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge
- Inspektion und Auskultation der Halsgefäße
- Inspektion und Palpation der Extremitäten inkl. Pulse
- Auskultation, Palpation und Perkussion des Abdomens
- Grobe neurologische Untersuchung bei Verdacht auf Ausfälle

2. Zuerst den **allgemeinen Eindruck** dokumentieren.

3. Danach **Vitalparameter** aufführen: Blutdruck, Puls, Temperatur, SpO<sub>2</sub>, Atemfrequenz.

4. Unauffällige Organsysteme nur dokumentieren, wenn sie relevant sind.

## Beispiel

“ Wach, orientiert, in reduziertem Allgemeinzustand, schlanker Ernährungszustand.  
Puls 78/min, Blutdruck rechts 125/80 mmHg, links 128/82 mmHg, Temperatur 36,7 °C, SpO<sub>2</sub> 96 % unter Raumluft, Atemfrequenz 16/min.  
Körpergröße 172 cm, Gewicht 78 kg, BMI 26,4 kg/m<sup>2</sup>.  
Herzrhythmus regelmäßig, keine pathologischen Herzgeräusche. Halsgefäße ohne Strömungsgeräusche.  
Lunge vesikulär belüftet, keine Nebengeräusche.  
Abdomen weich, druckschmerzfrei, keine Organomegalie.  
Extremitäten warm, gut durchblutet, keine Ödeme, Pulse beidseits kräftig tastbar.  
Keine neurologischen Auffälligkeiten.