**Überlegungen zur Fallkonstruktion**

Erfassen Sie hier, von welchem SSP aus Sie starten und welches Krankheitsbild Sie darstellen möchten. Überlegen Sie sich, welche Differentialdiagnosen möglich sind und welche Symptome, Untersuchungsbefunde und Untersuchungsergebnisse diese Differentialdiagnosen zeigen würden.

Erklären Sie bei Bedarf, wenn gewisse Differentialdiagnosen unwahrscheinlich sind. Falls mehr Differentialdiagnosen möglich sind, fügen Sie Zeilen hinzu.

Diese Angaben sind wichtig für die Antworten in der Anamnese, für die durchgeführten Untersuchungen im Status und für die Angaben in der Checkliste.

|  |
| --- |
| **SSP und Diagnose des Falls** |
| Gewählter SSP |  |
| Gewählte Diagnose |  |
| **Erfassen der Verdachtsdiagnose / Differentialdiagnosen** |
| **Verdachtsdiagnose /** **Differentialdiagnose** | **Symptome, Befunde, Untersuchungsergebnisse** |
| **Pro** | **Kontra** |
| Verdachtsdiagnose |  |  |
| Differentialdiagnose 1 |  |  |
| Differentialdiagnose 2 |  |  |
| Differentialdiagnose 3 |  |  |
| Differentialdiagnose 4 |  |  |
| Differentialdiagnose 5 |  |  |

**Rollenskript**

Überlegen Sie, was vom Konsultationsgrund ausgehend alles gefragt und untersucht werden könnte. Dies beinhaltet auch für die Differentialdiagnose wichtige Fragen und Untersuchungen. Angaben, die nicht benötigt werden, können gelöscht werden. Zusätzlich benötigte Fragen können Sie ergänzen. Notieren Sie die Antworten in Patientensprache (keine Fachbegriffe).

**Gespräch**

|  |
| --- |
| **Angaben zur Person** |
| Vor- und Nachname |  |
| Alter |  |
| Position / Verhalten |  |
| **Grund des Arztbesuchs** |
| **Antwort auf Eröffnungsfrage**  |  |
| **Auf Nachfrage**  |
| Lokalisation | *
 |
| Ausstrahlung |  |
| Beginn (zeitlich) |  |
| Beginn (Art des Auftretens, z.B. akut) |  |
| Auslöser | *
 |
| Verlauf | *
 |
| Dauer/Häufigkeit | *
 |
| Qualität (bei Schmerz) |  |
| Intensität (bei Schmerz, inkl. VAS) |  |
| Lindernde Faktoren | *
 |
| Verstärkende Faktoren |  |
| Begleitsymptome*(in Bezug auf Verdachtsdiagnose und mögliche DD)*  | *
 |
| Bisherige Massnahmen / Behandlungsversuche |  |
| Erstmalige Episode  |  |
| Risikofaktoren*(für Krankheitsbild)*  | *
 |
| Vorerkrankungen |  |
| Allergien |  |
| Medikamente |  |
| Noxen, Ernährung, Umgebung, Sexualanamnese, Reisen, Zeckenbisse etc.  |  |
| **Frühere Erkrankungen** |
| Frühere Arztbesuche |  |
| Frühere Krankheiten |  |
| Operationen |  |
| Spitalaufenthalte |  |
| **Soziale Umstände** |
| Zivilstand, privates Lebensumfeld |  |
| Beruf |  |
| **Krankheiten in der Familie** |
| Allgemein Erkrankungen in der Familie | *
 |
| Erkrankung in der Familie in Bezug auf Krankheitsbild | *
 |

## Untersuchung

Beschreiben Sie, welche konkreten, einzelne Untersuchungsschritte durchgeführt werden und wie sich der/die Patient\*in verhalten soll. Bei Bedarf Bilder oder Skizzen einfügen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Untersuchung** | **Normal** | **Pathologisch** | **Bemerkung** |
| z.B.: Palpation Abdomen |  | x | Druckdolenz linker Unterbauch (VAS 6) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Untersuchungsergebnisse, die als Karte abgegeben werden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Untersuchung** | **Befund** |
| z.B.: Rectaluntersuchung |  |

**Zusatzuntersuchungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Untersuchung** | **Befund** |
| z.B.: Labor |  |
| z.B.: Ultraschall Bauch |  |

**Angabe der verwendeten Quellen**