

# BODY CHECK

Weitere Informationen finden Sie im Buch:

**Medizin auf See**  
ISBN 978-3-667-12123-3




**B. 3.4.2. Body Check**

|                    |   | Ja                       | Nein                     |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Bewusstsein</b> | • Kann der Betroffene Fragen nach Name, Geburtsdatum, dem aktuellen Datum, Wohnort und Namen sowie Reederei des Schiffes beantworten?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Gesicht: Unterschiede im Seitenvergleich (insb. Augenlider/Mundwinkel)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Sprachstörungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Sehstörungen (Doppelbilder/Ausfall von Teilbereichen)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Pupillen gleich groß und werden bei Licht kleiner?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Pupillen unterschiedlich groß oder reagieren nicht auf Licht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Kopf</b>        | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Kopf mit beiden Händen umfassen: Blutungen am Hinterkopf?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Abtasten: Kanten/Verformungen? Schmerzen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Flüssigkeitsaustritt in den Gehörgängen oder Nase?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Brustkorb</b>   | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Abtasten: Schultergürtel (Schlüsselbeine): innen nach außen, Rippen und Brustbein von oben nach unten und seitliche Thoraxkompression: Knochen instabil? Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Atemgeräusche (Pfeifen, Brodeln)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Brustkorbbewegungen seitengleich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bauch</b>       | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Abtasten: Abwehrspannung? Schmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Becken</b>      | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Abschürfungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Vorsichtig abtasten: Instabilität des Beckens?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Blut aus der Harnröhre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Genitalien: Schwellungen? Blutergüsse? Schmerzen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Gliedmaßen</b>  | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen, Fehlstellungen, Abschürfungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Abtasten und vorsichtig bewegen: Stabilität der Knochen, Schmerzen/Ausstrahlung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Hauttemperatur lokal besonders erhöht? Rötung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Berührungen im Seitenvergleich: innen und außen, körpernah nach körperfern: Gefühl gleich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                    | • Kraft seitengleich? Arme und Beine nacheinander anheben (lassen): Lähmungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Body Check by: Seeärztlicher Dienst  
 BG Verkehr, Dienststelle Schiffssicherheit  
 Brandstwieterl  
 D-20457 Hamburg

\_\_\_\_\_  
 Name des Patienten, Geburtsdatum

|   |   | Ja                       | Nein                     |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Rücken</b>   | • Blutung, Blutergüsse, Schwellungen?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • Abtasten/abklopfen: Schmerzen/Ausstrahlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Haut</b>   | • rosig                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • blau  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • blass                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • warm  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • kaltschweißig                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | • kalte Finger/warmer Rumpf                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Vitalparameter</b></p> <p>Puls: _____ /min</p> <p>Blutdruck: _____ mmHg</p> <p>Temperatur: _____ °C im After/unter der Zunge/unter der Achsel</p> <p>Atemfrequenz: _____ /min</p>   |   |                          |                          |
| <p><b>Beurteilung von Schmerzen</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">       </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="background-color: #d9e1f2; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="background-color: #c0c0c0; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="background-color: #a0a0a0; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="background-color: #808080; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="background-color: #606060; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="background-color: #404040; padding: 2px 10px;"><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>0<br/>Kein Schmerz</span> <span>2</span> <span>4</span> <span>6</span> <span>8</span> <span>10<br/>Stärkster Schmerz</span> </div> |   |                          |                          |
| <p><b>Bemerkungen</b></p><br><br><br><br>   |   |                          |                          |
| Datum und Uhrzeit   |   | Untersucher              | Unterschrift             |
|   |   |                          |                          |