

**Pflegeanamnese****Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

im Folgenden möchten wir einige Dinge von Ihnen erfragen, die für den teil- oder stationären Aufenthalt und die vorgesehenen Behandlungen notwendig sind. Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie diese in aller Ruhe in den dafür vorgesehenen Feldern (evtl. kann Ihnen ein Angehöriger oder Freund dabei behilflich sein).

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass die blau unterlegten Felder von den Mitarbeitern/innen der Universitätsmedizin Mainz ausgefüllt werden – vielen Dank!

**Personalien**

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geb. am	Geburtsort
_____	_____
Straße	PLZ, Ort
_____	_____
Telefon	ausgeübter Beruf

Familienstand:  ledig       verheiratet       verwitwet

**Welche Körpergröße/welches Gewicht haben Sie?**

\_\_\_\_\_ cm      \_\_\_\_\_ kg      BMI \_\_\_\_\_



001002013

**Wie war die häusliche Versorgung vor dem Krankenhausaufenthalt?**

selbständig       durch Angehörige       ohne festen Wohnsitz       Pflegeheim       betreutes Wohnen

ambulanter Pflegedienst, Adresse: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer oder eine Vorsorgevollmacht?**

nein       ja, Betreuung / Vorsorgevollmacht durch \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie für die Akten vorlegen)

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

nein       ja, (bitte Kopie für die Akten vorlegen)

**Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft?**

nein       Pflegegrad I       Pflegegrad II       Pflegegrad III       Pflegegrad IV       Pflegegrad V

beantragt

**Wer soll im Notfall verständigt werden?**

Hier haben Sie die Möglichkeit uns die Namen und Telefonnummern der Personen mitzuteilen, die im Notfall zu verständigen sind. Hiermit verbunden ist die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht diesen Personen gegenüber.

\_\_\_\_\_

Name

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Name

Telefonnummer

	wird von der Pflegefachkraft ausgefüllt			
	mitgebracht		Handlungsbedarf	
	ja	nein	ja	nein
<b>1. Bewegen</b>				
Haben Sie körperliche oder funktionelle Einschränkungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Paresen <input type="checkbox"/> Plegien <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Spastiken <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> verändertes Gangbild <input type="checkbox"/> Amputationen Wo haben Sie diese Einschränkungen? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel? ( <b>Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!</b> ) <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Orthesen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in letzter Zeit gestürzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufgrund meines Fachwissens stelle ich fest, dass zzt. keine Sturzgefährdung besteht. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beinahe   wann? _____ Haben Sie sich bei Ihrem Sturz verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____ Sturzrisikoskala ausgefüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einschätzung in Akte			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Fallneigung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Kommunikation</b>				
Haben Sie körperliche oder funktionelle Einschränkungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sehschwäche <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Hörschwäche <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> stottern <input type="checkbox"/> stumm <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen <input type="checkbox"/> verwaschene Sprache <input type="checkbox"/> Aphasie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel? ( <b>Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!</b> ) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Augenprothese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Deutschkenntnisse vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dolmetscher erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Sprache? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Schlafen</b>				
Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Schlafapnoe   CPAP <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Handhabung selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Körperpflege</b>				
Benötigen Sie Unterstützung bei der Körperpflege / beim Anziehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hilfestellung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist Ihr Hauttyp? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> fettig				
Haben Sie spezielle Pflegemittel? ( <b>Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit mit!</b> ) welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ist Ihre Haut intakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hautverletzungen <input type="checkbox"/> Druckgeschwür <input type="checkbox"/> Wunddokumentation angelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fotodokumentation angelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautveränderungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____ welche? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Atmung</b>				
Haben Sie Atembeschwerden? ( <b>Sollten Sie Dosieraerosole zur Linderung Ihrer Beschwerden verwenden, bringen Sie diese bitte mit!</b> ) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Tracheostoma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Sprechkanüle <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel? _____				



001002013

6. Ernährung	wird von der Pflegefachkraft ausgefüllt			
	mitgebracht		Handlungsbedarf	
	ja	nein	ja	nein
Benötigen Sie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hilfe beim Richten <input type="checkbox"/> anreichern durch Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Pflegepersonal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zahnprothese? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vollprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kostform / Diäten: <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Abneigungen / Wünsche? <input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch <input type="checkbox"/> ohne Fisch <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> sonstige: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sind ihre Trinkgewohnheiten? Trinkmenge _____ Liter / Tag			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Trinkmengenbeschränkung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja max. Trinkmenge _____ Liter / Tag			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel und wie oft? _____				
Haben Sie Schluckstörungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine PEG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Magensonde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten unbeabsichtigt weniger gegessen oder getrunken? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Haben Sie in den letzten 3 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ausscheidung				
Haben Sie Probleme bei der Urinausscheidung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vermehrtes nächtliches Wasserlassen <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen geringer Mengen <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen <input type="checkbox"/> Harninkontinenz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten bei der Urinausscheidung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dialyse Restharn: _____ ml / 24h <input type="checkbox"/> Einmalkatheterismus Häufigkeit: _____ x tägl. Selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinableitungssysteme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Urostoma Material mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> transurethraler Blasenkathe- ter Größe: _____ CH; gelegt am: _____ <input type="checkbox"/> Cystofix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme bei der Stuhlausscheidung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung (Obstipation) <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
letzter Stuhlgang am: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wie oft _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlableitungssysteme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Colostoma <input type="checkbox"/> Ileostoma Material mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



001002013



## Von der Pflegefachkraft auszufüllen:

**Wenn die Anamnese nicht von dem Patient / Angehörigen ausgefüllt werden kann,  
muss dies durch die Pflegefachkraft erfolgen!**

Abbildung des poststationären Versorgungsbedarfs

Angaben zur Pflegeanamnese erfolgten durch:	
<input type="checkbox"/> Patienten selbst	<input type="checkbox"/> durch Angehörige
<input type="checkbox"/> durch gesetzl. Betreuer	<input type="checkbox"/> durch Pflegefachkraft
	angemeldet                      am                      HZ
<input type="checkbox"/> voraussichtlich kein poststationärer Handlungsbedarf	
<input type="checkbox"/> poststationärer Versorgungsbedarf	<input type="checkbox"/> Casemanagement _____ <input type="checkbox"/> Sozial- u. Pflegeberatung _____ <input type="checkbox"/> Stomatherapie _____ <input type="checkbox"/> Wundmanagement _____ <input type="checkbox"/> Ernährungsteam _____
<input type="checkbox"/> Dekubitus bei Aufnahme vorhanden	<input type="checkbox"/> Wundmanagement _____
<input type="checkbox"/> Dekubitusrisiko bei Aufnahme vorhanden (siehe Bradenskala)	
<input type="checkbox"/> Sturzrisiko bei Aufnahme vorhanden (siehe Sturzeinschätzung)	
<input type="checkbox"/> wiederholte Krankenhausaufenthalte	
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte länger als 30 Tage	
<input type="checkbox"/> Übernahme aus einem anderen Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> Patient älter als 70 Jahre	
<input type="checkbox"/> Mobilitätseinbußen	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Körperpflege	
<input type="checkbox"/> vernachlässigte Körperpflege	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Ausscheidung	
<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Ernährung	
<input type="checkbox"/> Patient ist mangelernährt	<input type="checkbox"/> Ernährungsteam _____
<input type="checkbox"/> Ernährung über PEG / Magensonde	<input type="checkbox"/> Ernährungsteam _____
<input type="checkbox"/> Patient ist kognitiv eingeschränkt	
<input type="checkbox"/> Pat. ist einem Pflegegrad zugeordnet	<input type="checkbox"/> in SAP eingetragen _____
bei Aufnahme vorhandene Zugänge:	
<input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle    gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> ZVK                            gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> PORT                         gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> Sheldon-Katheter        gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> _____                 gelegt am: _____	
<input type="checkbox"/> Dialyse-Shunt <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
<input type="checkbox"/> Dialyseprotokoll	

**Wird ein lila unterlegtes Feld angekreuzt, muss das pflegerische Basis-Assessment Akutpflege ausgefüllt werden!**

**Auch muss das pflegerische Basis-Assessment Akutpflege bei Veränderungen während des Krankenhausaufenthalts, die einen poststationären Handlungsbedarf erforderlich machen, ausgefüllt werden!**

Mainz, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der ausarbeitenden Pflegefachkraft

Zur Kenntnis genommen

Mainz, \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Pflegefachkraft auf Station





**BMI-Tabelle – Am Kreuzpunkt zwischen Ihrem Gewicht (Spalte) mit Ihrer Körpergröße (Linie) liegt Ihr Body-Mass-Index.**

Größe in Meter	Gewicht in kg																				30–39 deutliches Übergewicht	25–29 leichtes-mäßiges Übergewicht	20–24 Normalgewicht	< 20 Untergewicht	≥ 40 sehr starkes Übergewicht																																												
	160	158	156	154	152	150	148	146	144	142	140	138	136	134	132	130	128	126	124	122						120	118	116	114	112	110	108	106	104	102	100	98	96	94	92	90	88	86	84	82	80	78	76	74	72	70	68	66	64	62	60	58	56	54	52	50								
1,50	22	23	24	25	26	27	28	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71														
1,52	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71											
1,54	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71											
1,56	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71													
1,58	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71													
1,60	20	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71													
1,62	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71												
1,64	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71												
1,66	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71												
1,68	18	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71											
1,70	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71											
1,72	17	18	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71										
1,74	17	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71										
1,76	16	17	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71									
1,78	16	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71									
1,80	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71									
1,82	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71								
1,84	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71								
1,86	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71								
1,88	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71							
1,90	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71							
1,92	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71							
1,94	13	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71						
1,96	13	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71						
1,98	13	13	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	68	69	70	71					
2,00	13	13	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	55	56	57	58	59																		