

Patientenakte Max Mustermann

STAND: 05.07.2026



Ihre medizinische Vorgeschichte
Kompakt für Notfälle und Arztbesuche

ANAMNESA

MUSTEREXEMPLAR

Inhaltsverzeichnis

Seite	Inhalt
04	Kontaktdaten
05	Diagnosen, Eingriffe und Allergien
07	Medikamentenplan
10	Laborwerte
14	Arztberichte & Untersuchungsbefunde
18	Herzkatheterberichte
20	Röntgen Thorax
22	Magen-Darm-Spiegelung

Über diese Patientenakte

Eine strukturierte Krankengeschichte, erstellt durch das Anamnesa-Team.

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

die Ihnen vorliegende Akte enthält die zusammengeführte und aufbereitete medizinische Vorgeschichte Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten. Sie wurde von Anamnesa im Auftrag der betroffenen Person erstellt, um Ihnen einen schnellen ersten Überblick über bisherige Diagnosen, Behandlungen, Befunde und Medikationen zu geben.

Diese Akte ist eine Dokumentations- und Orientierungshilfe. Sie ersetzt weder eine ärztliche Anamnese, Untersuchung und Diagnosestellung noch ärztliche Verantwortung im konkreten Behandlungsfall. Bei behandlungskritischen Angaben empfehlen wir, im Zweifel auf die Originalbefunde zurückzugreifen. Die Aufbereitung erfolgt mit größter Sorgfalt; eine Gewähr für Vollständigkeit und Richtigkeit der von Dritten gelieferten Quelldaten kann jedoch nicht übernommen werden.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr Anamnesa-Team

Datenstand: 05.07.2026. Insbesondere aktuellere Angaben müssen im Notfall direkt beim Patienten, den Kontaktpersonen und medizinischen Stellen erfragt werden.

Kontakt Daten

Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

Persönliche Daten & Notfallkontakt

Name: Max Mustermann

Geburtsdatum: 01.01.1955

Adresse: Musterstraße 12, 80333 Musterstadt

Primärer Notfallkontakt: Erika Mustermann, Tel. +49 170 1234567

Sekundärer Kontakt: Thomas Mustermann, Tel. +49 151 7654321

Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht

- Keine Patientenverfügung vorhanden (Stand: 14.09.2025)
- Vorsorgevollmacht für Ehepartnerin (siehe S. 26)
- Patient wünscht alle lebensverlängernden Maßnahmen (siehe S. 27)

Diagnosen, Eingriffe und Allergien 1/2



Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

Diagnosen

- **Koronare 3 Gefäßerkrankung** (3 KHK) (ED 08/2017)
 - NSTEMI mit PTCA & 2 x DES Implantation in proximale RIVA und PTCA der RCA (08/2017)
 - Elektive Herzkatheteruntersuchung mit 1 x DES Implantation & PCA der LAD (03/2024)
 - Elektive Herzkatheteruntersuchung 05/2025 - kein Progress der bek. 3 G KHK Aktuell HFpEF mit EF 55%(nach biplan) 09/2025
- **paroxysmales Vorhofflimmern** ED 2019
 - CHA2DS2-VA Score von 5 Punkten
 - Antikoagulation: Apixaban
 - Elektrokardioversion 13.03.2026 in einen stabilen SR
- **DDD-Schrittmacher Implantation** bei Tachy-Brady Syndrom 2020
- **Mittelgradige Aortenklappenstenose** (Echo 09/2025)
- **Rechtszerebrale TIA**
 - Klinik: Hemiparese links und faciale Parese links mit hypästhesien der linken Körperhälfte
 - Ätiologie : e.a. Kardioembolisch bei bek. Paroxysmalem Vorhofflimmern
- **Chronische Niereninsuffizienz Stadium III nach KDIGO**
- **Chronisch aktive Helicobacter-pylori-assoziierte Pangastritis** 01/2023
- **Benigne Prostatahyperplasie**
- **Kardiovaskuläre Risikofaktoren**
 - arterielle Hypertonie
 - Diabetes mellitus Typ II (OAD)
 - Hypercholesterinämie
 - positive Familienanamnese (Vater Herzinfarkt mit 54 Jahren)

Diagnosen, Eingriffe und Allergien 2/2



Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

Operationen & Implantate

- Hüfttotalendoprothese rechts (Klinikum Musterstadt 2018)
- DDD-Herzschrittmacher (Klinikum Musterstadt 2020)

Allergien

- Latex
- Wespengift
- Penicillin

Blutgruppe

- 0- (Null negativ)

Medikation



Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

An dieser Stelle können Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan abheften.

Auf der Folgeseite ist der Medikamentenplan zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Notfallmappe zu finden (Datenstand 05.07.2026).



Medikationsplan

Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) · MUSTER – fiktiver Beispielpatient

Seite 1 von 1
ausgedruckt am: 05.07.2026



Muster – nicht scanbar

für: Mustermann, Max
Geb. am: 01.01.1955
Geschlecht: männlich
ausgedruckt von: Musterklinik am Stadtpark · Klinik für Kardiologie · Tel. 0123 / 456 789-0

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Dosierung (Anzahl je Einnahmezeitpunkt)				Einheit	Hinweise	Grund
				morgens	mittags	abends	zur Nacht			
Ramipril	Deix (Bsp.)	5 mg	Tbl.	1	0	0	0	Stück	morgens	Blutdruck / Herzschutz
Atorvastatin	Sortis (Bsp.)	80 mg	Tbl.	0	0	1	0	Stück	zur Nacht	Cholesterin
Metformin	Glucophage (Bsp.)	1000 mg	Tbl.	1	0	1	0	Stück	zu den Mahlzeiten	Diabetes (Zucker)
Apixaban	Elliquis (Bsp.)	5 mg	Tbl.	1	0	1	0	Stück	12 Std. Abstand, unzerkaut	Blutverdünnung
Empagliflozin	Jardiance (Bsp.)	10 mg	Tbl.	1	0	0	0	Stück	morgens	Diabetes / Herzschutz
Spironolacton	Aldactone (Bsp.)	50 mg	Tbl.	1	0	0	0	Stück	morgens	Herz / entwässernd
Tamsulosin	Alna (Bsp.)	0,4 mg	Kps.	0	0	1	0	Stück	nach dem Essen	Prostata

Hinweise zur Einnahme

- Dosierschema: morgens – mittags – abends – zur Nacht (Anzahl der Einheiten je Zeitpunkt).
- Handelsnamen sind Beispiele; maßgeblich ist der Wirkstoff. Änderungen bitte nur nach ärztlicher Rücksprache.
- Diesen Plan zu jedem Arzt- und Apothekenbesuch mitbringen und bei Änderungen aktualisieren lassen.

Datum / Unterschrift Ärztin/Arzt

Weitere Informationen

Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

Relevante Befunde

- Schrittmacherträger (Firma Medtronic, Model ER7673SE)
 - EKG: durchgehende SM-Stimulation (siehe Anlage)
- Diabetes mellitus Typ 2 und chronische Nierenerkrankung
 - HbA1c 7,2 %, Kreatinin 1,6 mg/dl, eGFR ca. 45 ml/min (siehe Anlage)

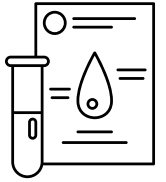
Letzte ärztliche Kontrollen

- Kardiologie: 18.06.2025 (siehe Anlage)
- Gastroenterologie: 12.01.2023 (siehe Anlage)
- Nephrologie: 10.07.2025 (siehe Anlage)

Soziale Anamnese

- Verheiratet, lebt mit Ehepartnerin
- Nichtraucher
- Selbstständig mobil

Laborwerte



Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

An dieser Stelle können Sie Ihre aktuellen Laborwerte abheften.

Auf den Folgeseiten sind die wichtigsten Laborwerte zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Notfallmappe zu finden (Datenstand 05.07.2026).





Kumulativer Laborbefund

Longitudinale Verlaufsübersicht · Juli 2001 – Juli 2026

PATIENT

Max Mustermann
geb. 01.01.1955 · männlich · 71 J.

FALLBEZUG

Kardiologie / Nephrologie
ambulant · kumulativ (n = 8 Zeitpunkte)

EINSENDER

Hausärztl. Gemeinschaftspraxis
koordinierende Betreuung

Zusammenfassende Bewertung

Nierenfunktion: Kontinuierlicher Abfall der eGFR von 95 (2001) auf 37 ml/min/1,73 m² (2026) — Niereninsuffizienz Stadium G3b. Begleitend Anstieg von Kreatinin, Harnstoff, Cystatin C und Phosphat sowie beginnende renale Anämie (Hb 11,2 g/dl) und CKD-MBD-Konstellation.

Kardiovaskulär: Ausgeprägter hs-TnT-Peak 08/2017 (850 ng/l) im Rahmen des NSTEMI mit begleitender CK-/CK-MB-/CRP-Erhöhung. Danach persistierende leichte Troponin-Erhöhung bei struktureller Herzerkrankung. Progredienter NT-proBNP-Anstieg passend zur HFpEF.

Sekundärprävention: LDL-Cholesterin von 178 auf 52 mg/dl gesenkt — Zielbereich der Hochrisiko-Sekundärprävention (< 55 mg/dl) erreicht.

Weitere: HbA1c 6,8 % (Typ-2-Diabetes, eingestellt); grenzwertige Hyperkaliämie 5,2 mmol/l bei CKD; PSA 5,8 ng/ml (> altersbezogene Norm) — urologische Abklärung bei BPH empfohlen.

Fiktiver Musterbefund zu Demonstrationszwecken (Anamnese). Keine realen Patientendaten. Werte konstruiert konsistent zur vorgegebenen Diagnosenliste.

Kumulative Befundtabelle

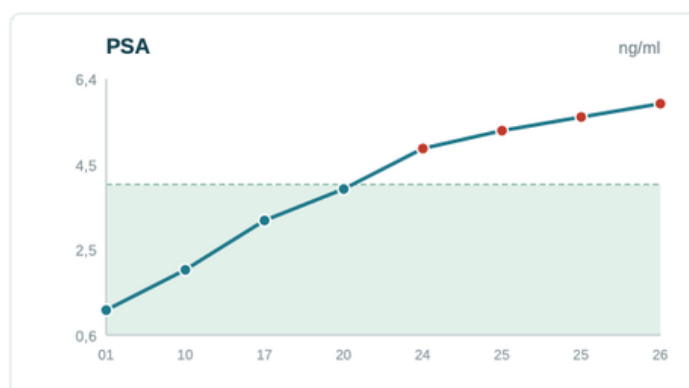
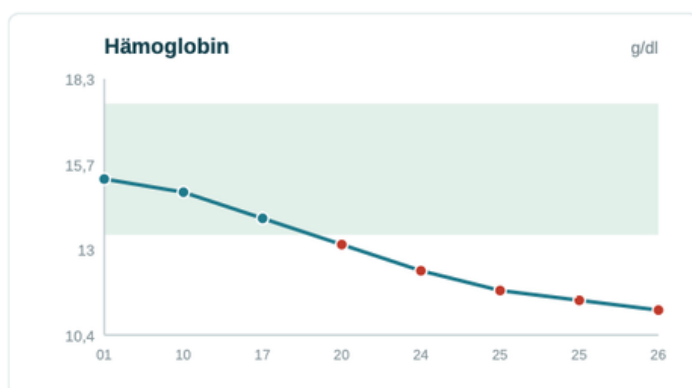
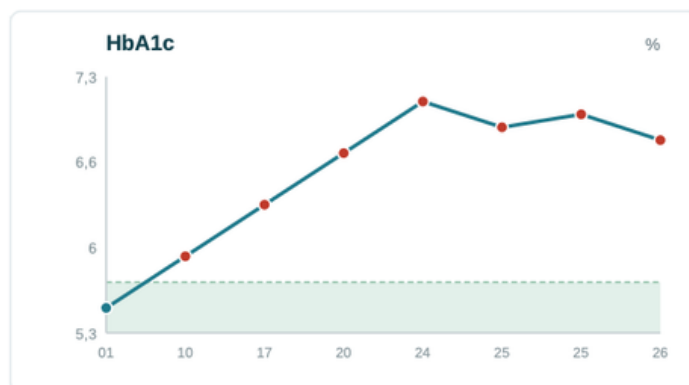
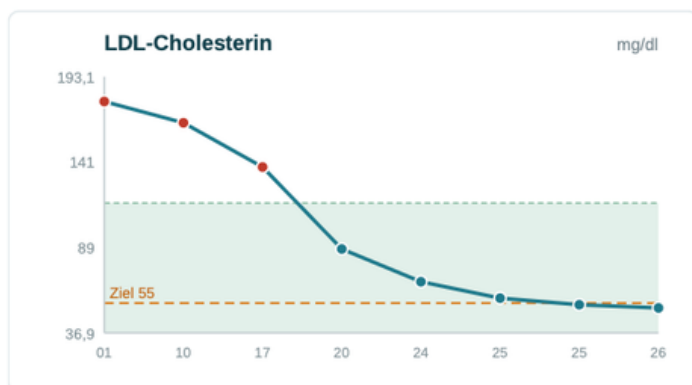
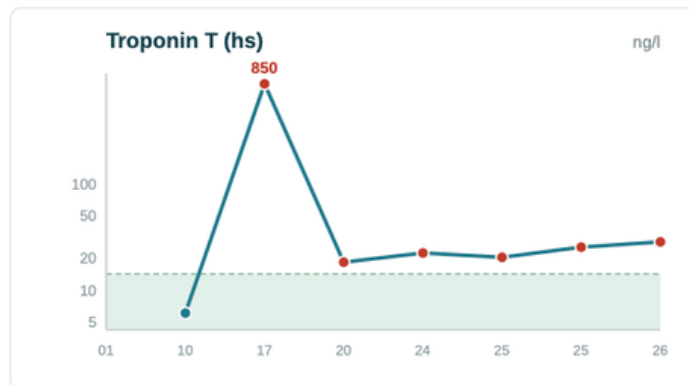
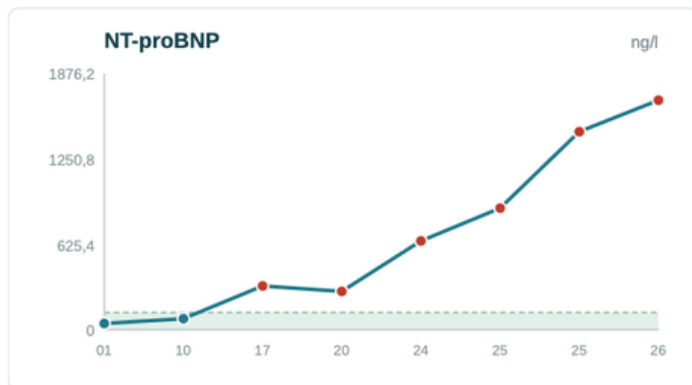
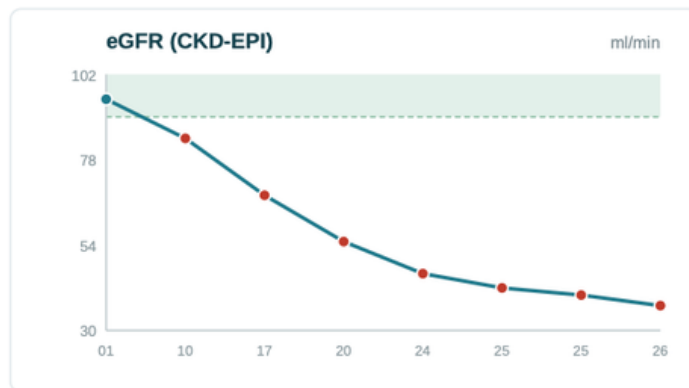
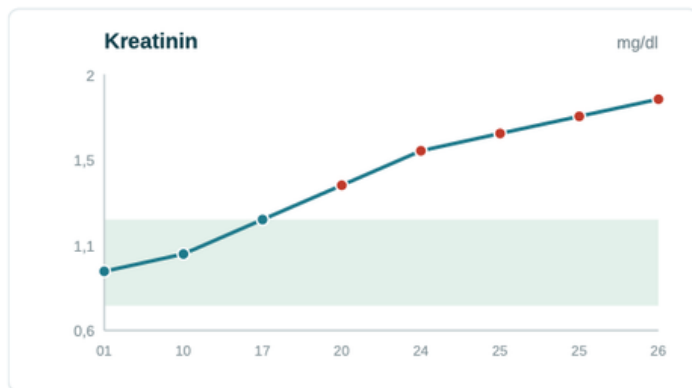
Parameter	Einheit	Referenz	06 2001	05 2010	08 2017	01 2020	03 2024	05 2025	09 2025	07 2026
Hämatologie										
Hämoglobin Hb	g/dl	13,5–17,5	15,2	14,8	14	13,2 ▾	12,4 ▾	11,8 ▾	11,5 ▾	11,2 ▾
Hämatokrit Hkt	%	40–52	45	44	42	39 ▾	37 ▾	35 ▾	34 ▾	33 ▾
Erythrozyten Ery	/pl	4,5–5,9	5,1	5	4,8	4,5	4,2 ▾	4 ▾	3,9 ▾	3,8 ▾
Leukozyten Leuko	/nl	4,0–10,0	6,8	7,2	9,8	7,5	7,1	6,9	7,3	7
Thrombozyten Thrombo	/nl	150–400	245	240	260	235	220	210	205	200
MCV MCV	fl	80–96	88	89	90	89	88	87	87	86
Elektrolyte / Mineralhaushalt										
Natrium Na	mmol/l	135–145	140	141	139	140	138	139	137	138
Kalium K	mmol/l	3,5–5,0	4,2	4,3	4,5	4,7	4,9	5	5,1 ▲	5,2 ▲
Calcium Ca	mmol/l	2,20–2,60	2,4	2,4	2,38	2,35	2,3	2,28	2,25	2,22
Phosphat Pi	mmol/l	0,84–1,45	1,1	1,15	1,2	1,3	1,4	1,45	1,5 ▲	1,55 ▲
Nierenfunktion										
Kreatinin Krea	mg/dl	0,70–1,20	0,9	1	1,2	1,4 ▲	1,6 ▲	1,7 ▲	1,8 ▲	1,9 ▲
eGFR (CKD-EPI) eGFR	ml/min	> 90	95	84 ▾	68 ▾	55 ▾	46 ▾	42 ▾	40 ▾	37 ▾
Harnstoff Urea	mg/dl	17–43	30	35	42	50 ▲	58 ▲	62 ▲	65 ▲	70 ▲
Cystatin C CysC	mg/l	0,50–0,96	n.b.	1,05 ▲	1,25 ▲	1,5 ▲	1,8 ▲	1,9 ▲	2 ▲	2,1 ▲
Harnsäure HS	mg/dl	3,4–7,0	6	6,5	7,2 ▲	7,5 ▲	7,8 ▲	7,9 ▲	8 ▲	8,1 ▲
Kardiale Marker										
Troponin T (hs) hs-TnT	ng/l	< 14	n.b.	6	850 ▲	18 ▲	22 ▲	20 ▲	25 ▲	28 ▲
Kreatinkinase CK	U/l	< 190	90	95	420 ▲	110	120	115	118	125
CK-MB CK-MB	U/l	< 24	12	13	55 ▲	15	16	15	16	17
NT-proBNP NT-proBNP	ng/l	< 125	45	80	320 ▲	280 ▲	650 ▲	890 ▲	1450 ▲	1680 ▲
Lipidstatus										
Gesamtcholesterin Chol	mg/dl	< 200	258 ▲	240 ▲	210 ▲	165	148	142	140	138
LDL-Cholesterin LDL	mg/dl	< 116 †	178 ▲	165 ▲	138 ▲	88	68	58	54	52
HDL-Cholesterin HDL	mg/dl	> 40	38 ▾	39 ▾	40	42	43	44	44	45
Triglyceride TG	mg/dl	< 150	210 ▲	195 ▲	180 ▲	155 ▲	148	145	150	148
Kohlenhydratstoffwechsel										
Nüchtern glukose Glu	mg/dl	70–99	98	108 ▲	118 ▲	125 ▲	132 ▲	128 ▲	130 ▲	126 ▲
HbA1c HbA1c	%	< 5,7	5,5	5,9 ▲	6,3 ▲	6,7 ▲	7,1 ▲	6,9 ▲	7 ▲	6,8 ▲
Leber / Eiweiß										
GOT (AST) GOT	U/l	< 50	25	26	32	28	30	29	31	30
GPT (ALT) GPT	U/l	< 50	28	30	35	30	32	31	33	32
Gamma-GT GGT	U/l	< 60	42	48	65 ▲	55	58	52	60	56
Gesamteiweiß TP	g/dl	6,4–8,3	7,2	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6
Albumin Alb	g/dl	3,5–5,2	4,5	4,4	4,2	4,1	4	3,9	3,8	3,8
Gerinnung										
INR INR		0,9–1,2 ‡	1	1	1	1,1	1,2	1,2	1,3 ▲	1,2
Anti-Xa (Apixaban, Tal) aXa	ng/ml	41–230	n.b.	n.b.	n.b.	95	110	105	120	115
Eisenstoffwechsel										
Ferritin Ferr	µg/l	30–400	180	160	140	120	95	80	75	68
Transferrinsättigung TIS	%	16–45	32	30	28	24	20	18	17	16
Endokrin / Entzündung / Tumormarker										
TSH basal TSH	mU/l	0,27–4,20	1,8	2	2,2	2,4	2,1	2,3	2,5	2,2
C-reaktives Protein CRP	mg/l	< 5,0	2	3	18 ▲	4	5	3	6 ▲	4
PSA PSA	ng/ml	< 4,0	1,2	2,1	3,2	3,9	4,8 ▲	5,2 ▲	5,5 ▲	5,8 ▲

■ über Referenz (▲)
 ■ unter Referenz (▼)
 n.b. = nicht bestimmt
 Spalte 08/2017 = Akutphase NSTEMI

† LDL-Ziel bei manifester KHK < 55 mg/dl (ESC/EAS 2019) — Laborreferenz < 116 mg/dl. ‡ Unter Apixaban ist der INR nicht steuernd; Kontrolle via Anti-Xa-Spiegel.

Kardiale Marker außerhalb der Akutphase: chronische Troponin-Erhöhung bei struktureller Herzerkrankung; NT-proBNP-Anstieg korreliert mit HFpEF-Diagnose 09/2025.

Verlaufsgrafiken — klinisch führende Parameter



Referenzbereich
 ● im Referenzbereich
 ● außerhalb Referenz
 — Zielwert (Sekundärprävention)
 hs-TnT logarithmisch skaliert (NSTEMI-Peak)



Arztberichte & Untersuchungsbefunde

Patient: Max Mustermann (01.01.1955)

An dieser Stelle können Sie Ihre aktuellen Befunde abheften.

Auf den Folgeseiten sind die wichtigsten Befunde zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Notfallmappe zu finden (Datenstand 05.07.2026).

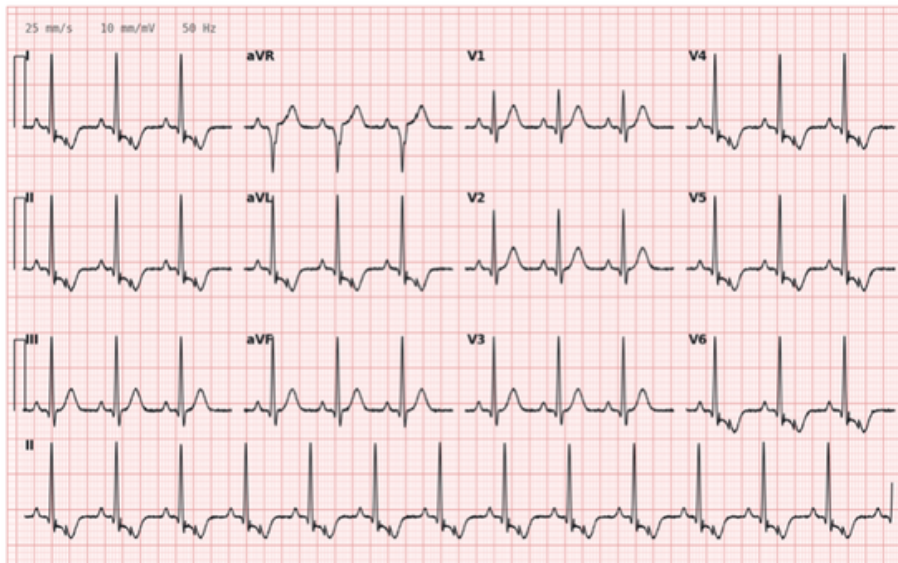


Herzkatheterbericht – NSTEMI (08/2017)

Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · **Datum:** 11.08.2017

Anamnese / Indikation

Notfällige Aufnahme über die Rettungsstelle bei seit dem Vorabend bestehendem, belastungsunabhängigem thorakalem Druckgefühl mit Ausstrahlung in den linken Arm. Troponin T hochsensitiv initial 84 ng/l, in der 3-h-Kontrolle dynamischer Anstieg auf 320 ng/l. Im EKG deszendierende ST-Streckensenkungen und T-Negativierungen lateral. Diagnose eines Nicht-ST-Hebungsinfarktes (NSTEMI); Indikation zur invasiven Abklärung.

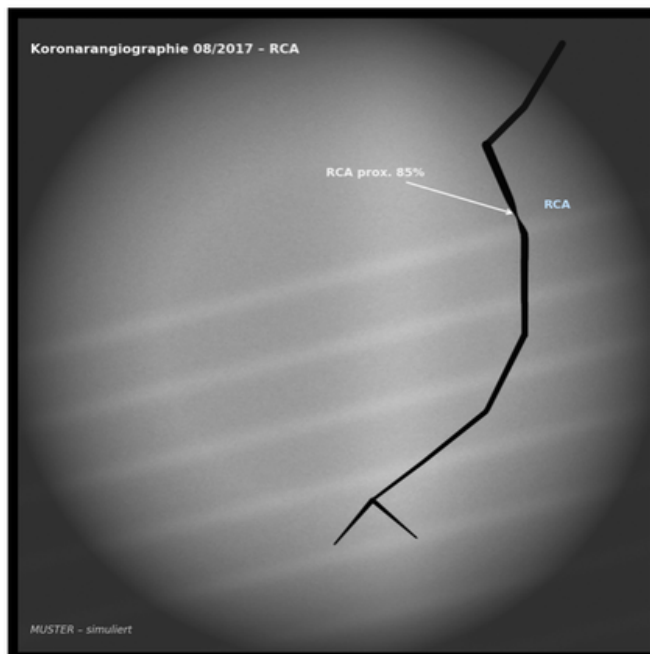
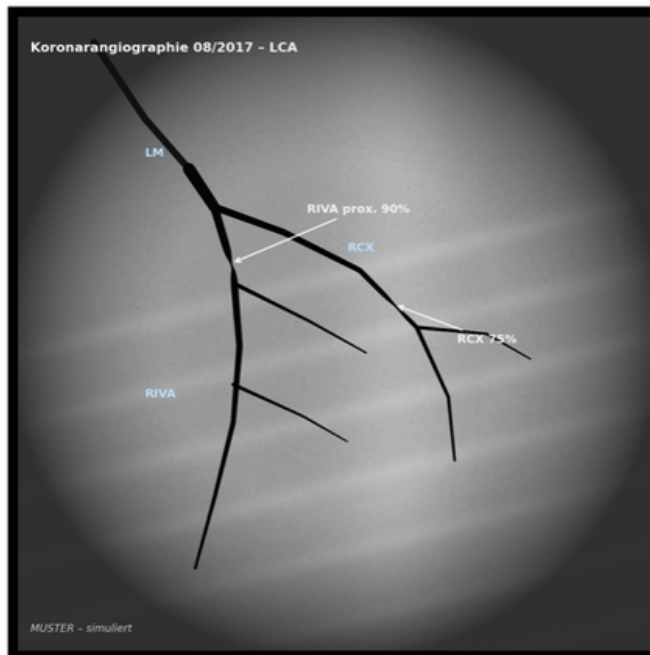


Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ II (nicht insulinpflichtig)
- Hypercholesterinämie
- Positive Familienanamnese für KHK

Koronarangiographischer Befund (Zugang: A. radialis rechts)

- Linker Hauptstamm (LM): unauffällig.
- RIVA (LAD): proximal hochgradige, exzentrische Stenose ca. 90 % mit Thrombussaum – Culprit-Läsion.
- RCX: mittelgradige Stenose des mittleren Segments ca. 75 %.
- RCA: proximal höhergradige Stenose ca. 85 %.
- Zusammenfassend koronare 3-Gefäßerkrankung (3-KHK).



Intervention (PCI)

Rekanalisation und PTCA der proximalen RIVA mit Implantation von 2 medikamentenfreisetzenden Stents (DES, $3,0 \times 18$ mm und $3,0 \times 12$ mm), gutes angiographisches Ergebnis (TIMI III). In gleicher Sitzung PTCA der proximalen RCA mit DES-Implantation ($3,5 \times 15$ mm), dargestellt in gesonderter RCA-Projektion. Die RCX-Läsion wurde bei stabiler Hämodynamik zunächst belassen (Staged-Konzept).

Beurteilung / Procedere

- NSTEMI bei koronarer 3-Gefäßerkrankung, erfolgreiche PCI der RIVA und RCA (Erstdiagnose 08/2017).
- Duale Thrombozytenaggregationshemmung (ASS + P2Y₁₂-Inhibitor) für 12 Monate.
- Hochintensive Statintherapie, LDL-Zielwert < 55 mg/dl.
- Optimierung der antihypertensiven und antidiabetischen Therapie.
- Ambulante kardiologische Kontrolle, ggf. Re-Angiographie der RCX im Verlauf.

Musterklinik am Stadtpark – Klinik für Kardiologie

Herzkatheterlabor · elektive Koronarangiographie

Dr. med. C. Sommer

Tel. 0123 / 456 789-0

Herzkatheterbericht – elektiv (03/2024)

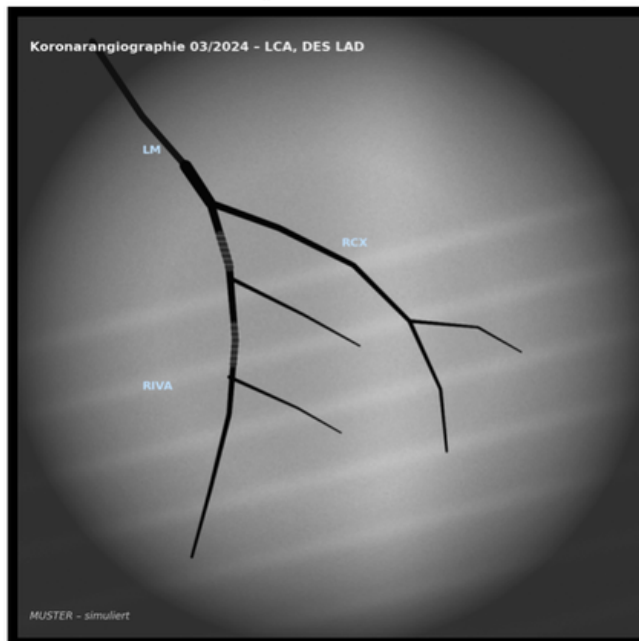
Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · **Datum:** 07.03.2024

Indikation

Zunehmende Belastungsdyspnoe und Angina (CCS II–III), pathologische Ischämiereaktion in der Ergometrie. Elektive invasive Abklärung.

Befund & Intervention

- RIVA (LAD): neue signifikante Stenose des mittleren Segments ca. 85 %.
- PCI der LAD/RIVA mit Implantation von 1 DES ($2,75 \times 24$ mm), gutes Ergebnis.
- RCA- und RIVA-proximale Stents weiterhin offen; RCX unverändert.



Procedere

- Elektive Herzkatheteruntersuchung mit 1× DES-Implantation und PCI der LAD/RIVA (03/2024).
- Erneut duale Plättchenhemmung für 6–12 Monate.
- Konsequente LDL-Senkung, ggf. Ezetimib/PCSK9-Hemmer bei Zielwertverfehlung.

Musterklinik am Stadtpark – Klinik für Kardiologie

Herzkatheterlabor · elektive Koronarangiographie

Dr. med. C. Sommer

Tel. 0123 / 456 789-0

Herzkatheterbericht – elektiv (05/2025)

Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · **Datum:** 19.05.2025

Indikation & Befund

Elektive Verlaufsangiographie bei bekannter 3-KHK. Alle implantierten Stents (RIVA proximal, mittlere LAD, RCA) offen, kein In-Stent-Restenose-Nachweis. RCX unverändert mittelgradig, FFR nicht relevant. Kein Progress der bekannten 3-Gefäßerkrankung.

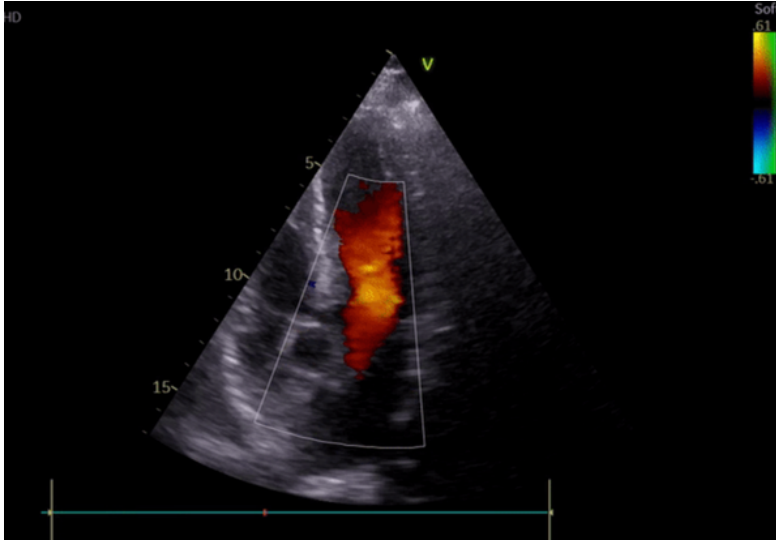
Beurteilung: Stabile koronare 3-Gefäßerkrankung ohne Progress (05/2025). Fortführung der medikamentösen Sekundärprophylaxe, keine Reintervention erforderlich.

Echokardiographie-Befund (09/2025)

Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · Datum: 03.09.2025

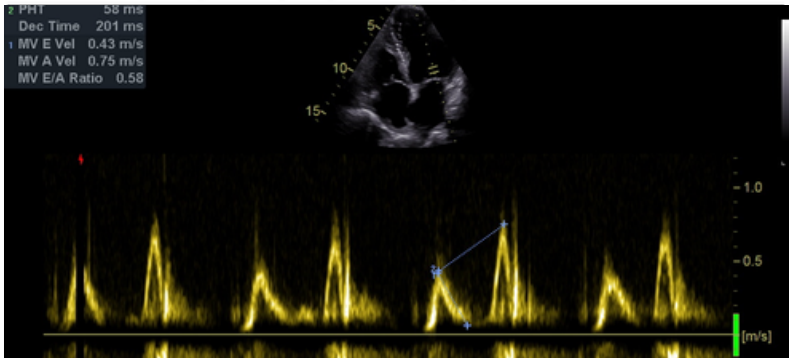
Transthorakale Echokardiographie (TTE)

- Linker Ventrikel normal groß, konzentrisches Remodeling, keine regionalen Wandbewegungsstörungen in Ruhe.
- Systolische LV-Funktion erhalten: EF 55 % (biplan/Simpson).
- Diastolische Dysfunktion Grad II (E/e' erhöht), linksatriale Dilatation.
- Gesamtbild vereinbar mit HFpEF (Herzinsuffizienz mit erhaltener EF).



Aortenklappe

- Verkalkte, in der Öffnung eingeschränkte Aortenklappe.
- Vmax $\approx 3,2$ m/s, mittlerer Gradient ≈ 24 mmHg, Klappenöffnungsfläche $\approx 1,2$ cm².
- Beurteilung: mittelgradige Aortenklappenstenose.



Zusammenfassung: HFpEF bei EF 55 % (biplan, 09/2025); mittelgradige Aortenklappenstenose – echokardiographische Verlaufskontrolle in 6–12 Monaten empfohlen.

Musterklinik am Stadtpark – Klinik für Kardiologie

Rhythmologie / Device-Ambulanz

Dr. med. A. Berg

Tel. 0123 / 456 789-0

Rhythmologischer Befund – Vorhofflimmern & Schrittmacher

Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · **Datum:** Erstdok. 2019 / Device 2020

Paroxysmales Vorhofflimmern (ED 2019)

Im Langzeit-EKG wiederholt selbstlimitierende Episoden einer absoluten Arrhythmie ohne abgrenzbare P-Wellen, vereinbar mit paroxysmalem Vorhofflimmern.



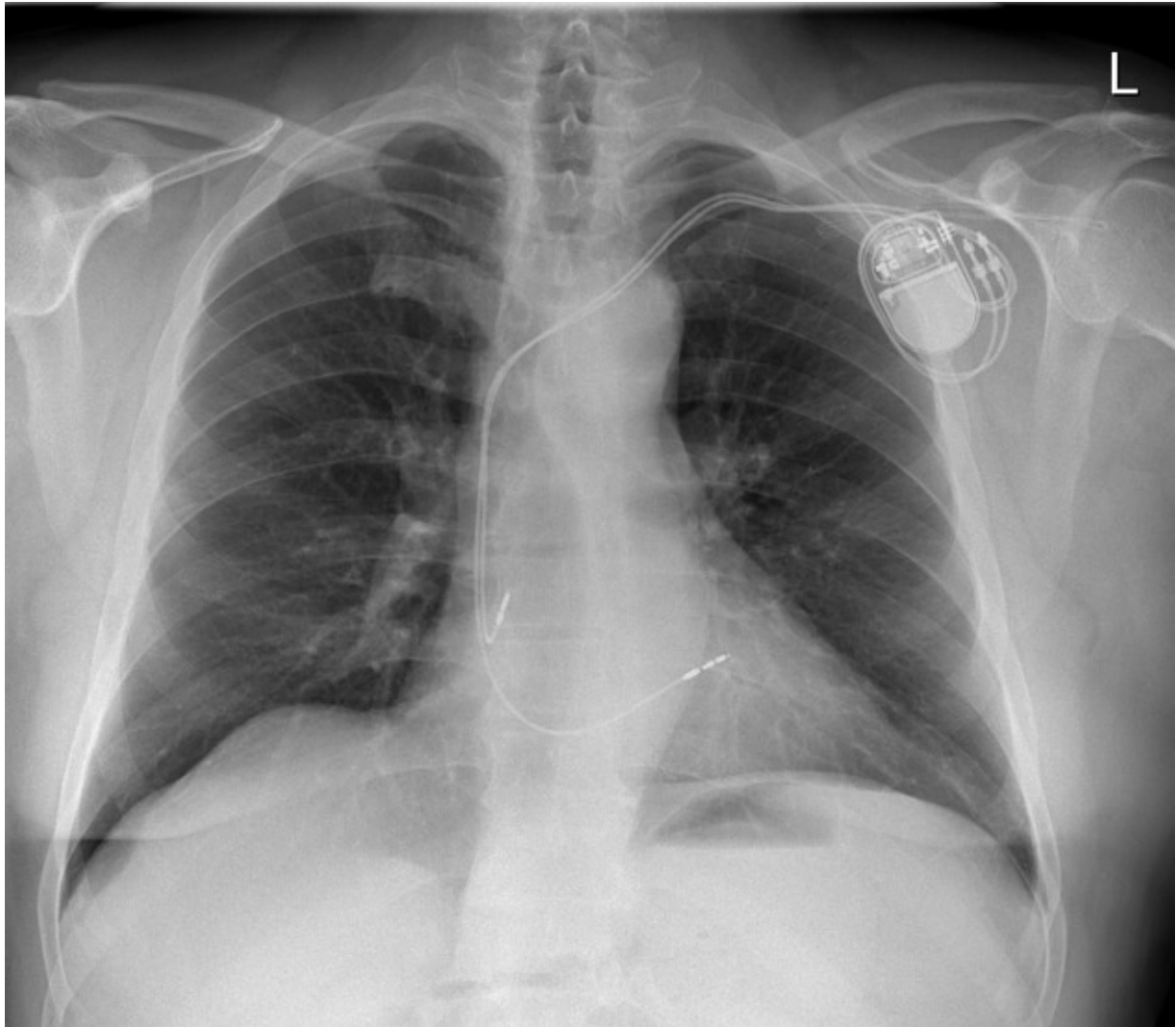
- CHA₂DS₂-VASc-Score 5 Punkte (Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter, Diabetes, Gefäßerkrankung/ Schlaganfallrisiko).
- Beginn einer oralen Antikoagulation (NOAK) mit Apixaban.

Tachy-Brady-Syndrom – DDD-Schrittmacher (2020)

Bei symptomatischen bradykarden Phasen mit Pausen im Wechsel mit tachykarden VHF-Episoden (Tachy-Brady-Syndrom) Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers (DDD) 2020. Regelrechte Sondenlage, unauffällige Messwerte in der Device-Kontrolle.



Röntgen Thorax nach Schrittmacher-Implantation 12.03.2020



Befund: Kein H.a. Pneumothorax. Schrittmacher-Aggregat linkspektoral mit regelrechter Sondenprojektion auf RA und RV-Spitze. Nebenfundlich Osteoporose der BWS.

Musterklinik am Stadtpark – Klinik für Kardiologie

Klinik für Neurologie · Stroke Unit

Dr. med. L. Winter

Tel. 0123 / 456 789-0

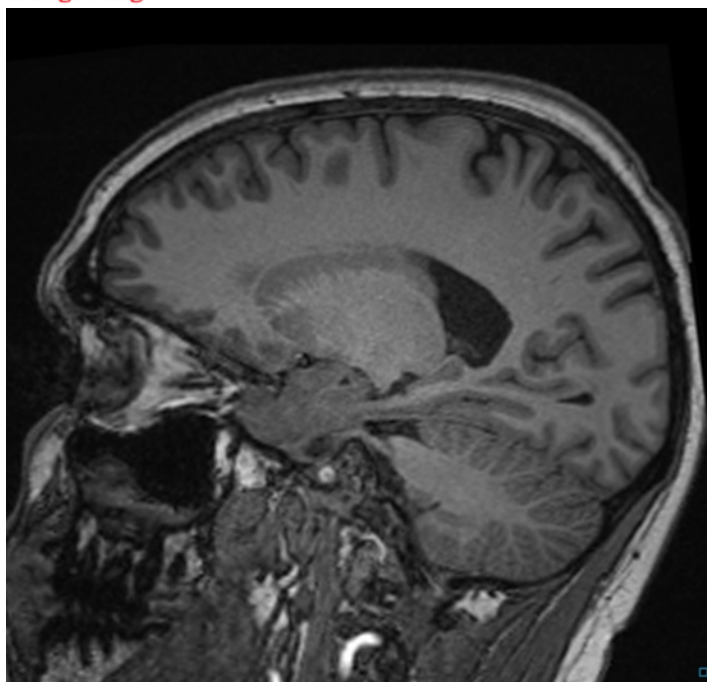
Neurologischer Befund – rechtszerebrale TIA

Patient: Mustermann, Max · geb. 01.01.1955 · männl. · **Datum:** Aufnahme Stroke Unit

Klinik

- Akut aufgetretene Hemiparese links und faziale Parese links.
- Hypästhesien der linken Körperhälfte.
- Symptome innerhalb weniger Stunden vollständig rückläufig – transitorische ischämische Attacke (TIA).

Bildgebung



Ätiologie & Procedere

- Am ehesten kardioembolisch bei bekanntem paroxysmalem Vorhofflimmern.
- Fortführung / Überprüfung der oralen Antikoagulation mit Apixaban (Adhärenz, Dosis nach Nierenfunktion).
- Optimierung der vaskulären Risikofaktoren, logopädische/physiotherapeutische Anbindung nach Bedarf.

Ärztlicher Befundbericht - Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD)

Gastroskopie / Magenspiegelung mit Stufenbiopsie und Histologie

PATIENT	Max Mustermann	GEBURTSDATUM	01.01.1955 (68 J.)
FALL-/PATIENTEN-NR.	4711	UNTERSUCHUNGSDATUM	12.01.2023
UNTERSUCHUNG	ÖGD (flexible Gastroskopie)	GERÄT	Olympus GIF-HQ190
SEDIERUNG	Propofol i.v. (Analosedierung)	UNTERSUCHER	Dr. med. A. Reithmann

Indikation

Seit ca. 8 Wochen bestehende epigastrische Schmerzen und Druckgefühl, rezidivierende Dyspepsie mit Völlegefühl und Nausea. Ausschluss einer Gastritis / eines Ulkus. Serologisch V.a. (Verdacht auf) *Helicobacter-pylori*-Infektion.

Endoskopischer Befund

Ösophagus: Schleimhaut reizlos, Z-Linie regelrecht bei ca. 40 cm ab Zahnreihe. Keine Refluxösophagitis, keine Varizen.

Kardia / Fundus: Inversion unauffällig, Hiatus normal weit, keine Hernie.

Corpus & Antrum: Diffus flächige, kräftige Rötung der Schleimhaut mit ödematöser Schwellung und vermehrter Vulnerabilität, teils fleckförmige Erytheme und einzelne oberflächliche Erosionen – Befund vereinbar mit einer **Pangastritis**. Kein Ulkus, keine Raumforderung.

Pylorus: Rund, gut passierbar.

Bulbus / Pars descendens duodeni: Zottenrelief regelrecht, unauffällig.

Histologie (Stufenbiopsien Antrum & Corpus)

Nachweis einer chronisch aktiven Gastritis mit dichtem neutrophilem Infiltrat und lymphoplasmazellulärer Begleitreaktion. Zahlreiche *Helicobacter pylori* im Oberflächenschleim (Warthin-Starry / Giemsa positiv). Graduierung nach Updated Sydney Classification: Aktivität und Entzündung mittel- bis hochgradig. Keine intestinale Metaplasie, keine Atrophie, keine Dysplasie/Malignität.

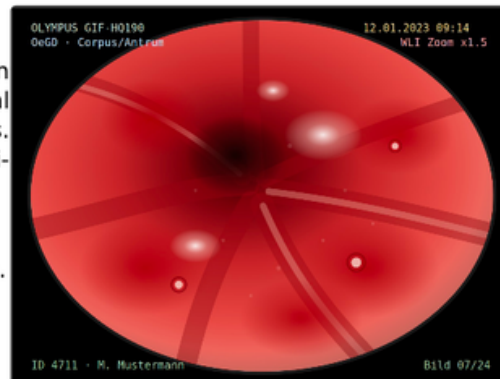


Abb. 1: Endoskopische Aufsicht auf Corpus/Antrum. Flächige Rötung und Ödem der Magenschleimhaut mit fleckförmigen Erythemen und oberflächlichen Erosionen (Pfeilbereiche) – typischer Aspekt einer H.-pylori-assoziierten Pangastritis. (Weißlicht, WLI.)

DIAGNOSE

Chronisch aktive *Helicobacter-pylori*-assoziierte Pangastritis

ICD-10: K29.5 (Chronische Gastritis, n.n.bez.) · B96.81 (H. pylori als Ursache) · histologisch gesichert

Beurteilung & Empfehlung

Endoskopisch und histologisch gesicherte chronisch aktive, H.-pylori-positive Pangastritis ohne Malignitätshinweis. Empfehlung zur Eradikationstherapie, z. B. bismuthaltige Quadrupeltherapie (PPI + Bismut + Tetracyclin + Metronidazol) über 10-14 Tage; alternativ konkomitierende Vierfachtherapie. Anschließend PPI-Fortführung. Eradikationskontrolle mittels 13C-Harnstoff-Atemtest oder Stuhl-Antigen-Test frühestens 4-6 Wochen nach Therapieende (PPI $\geq$ 2 Wochen zuvor pausieren). Bei Beschwerdepersistenz endoskopische Kontrolle empfohlen.

Dr. med. A. Reithmann
Fachärztin f. Innere Medizin &
Gastroenterologie

München, 12.01.2023
MVZ Gastroenterologie München-Süd

Dieses Dokument wurde zu Demonstrations-/Musterzwecken erstellt. „Max Mustermann“ ist ein Platzhaltername; sämtliche Angaben (Praxis, Ärztin, Fallnummern, Bild) sind fiktiv und dienen nicht der medizinischen Verwendung.

Ergänzendes über diese Patientenakte

Eine strukturierte Krankengeschichte, erstellt durch Anamnese

Wie diese Akte entstanden ist

Die zugrunde liegenden Unterlagen wurden durch Anamnese über Auskunftersuchen nach Art. 15 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO – das gesetzliche Auskunftsrecht jeder Person über die zu ihr gespeicherten Daten) bei den bisherigen Behandlerinnen und Behandlern der betroffenen Person angefordert, also bei den Praxen, Kliniken und Einrichtungen, die diese Person zuvor behandelt haben. Die eingegangenen Originalunterlagen wurden anschließend gesichtet, strukturiert, ausgewertet und in eine einheitliche Berichtsform gebracht. Jede Akte wird vor Freigabe durch medizinisches Fachpersonal geprüft.

Was beinhaltet diese Akte

Diese Akte beschreibt die medizinische Vorgeschichte – chronologisch und thematisch geordnet und jeweils mit Angabe der Quelle (behandelnde Einrichtung und Datum), damit Sie einzelne Angaben bei Bedarf nachvollziehen und verifizieren können.

Wichtiger Hinweis

Diese Akte ist eine Dokumentations- und Orientierungshilfe. Sie ersetzt weder eine ärztliche Anamnese, Untersuchung und Diagnosestellung noch ärztliche Verantwortung im konkreten Behandlungsfall. Bei behandlungskritischen Angaben empfehlen wir, im Zweifel auf die Originalbefunde zurückzugreifen. Die Aufbereitung erfolgt mit größter Sorgfalt; eine Gewähr für Vollständigkeit und Richtigkeit der von Dritten gelieferten Quelldaten kann jedoch nicht übernommen werden.

Datenschutz

Sämtliche Daten stammen aus den eigenen Patientenunterlagen der betroffenen Person und werden ausschließlich mit deren Einwilligung erhoben und Ihnen als behandelnder Stelle zur Verfügung gestellt. Die betroffene Person ist Inhaberin dieser Daten und hat der Weitergabe an Sie zugestimmt.

Für Rückfragen zur Herkunft oder Aufbereitung einzelner Angaben erreichen Sie uns unter den Kontaktdaten auf der Hinterseite dieser Patientenakte.

Ihr Anamnese-Team

Kontakt

Website: www.anamnesa.de

Telefon: 0176 / 7131 4350

E-mail: kontakt@anamnesa.de