

JORMED ACADEMY'S HANDBUCH FACHSPRACHPRÜFUNG

**Kompakt
Wirkungsvoll
Erfahrungsbasiert**

1. Auflage



<https://www.jormed.de/>


JORMED
جمعية الأطباء الأردنيين في ألمانيا
Deutsch-Jordanischer Ärzteverband e.V.

Autoren

Ibrahim Altabakhi, M.D.

*Assistenzarzt der Neurologie
Deutschland*

Mahmoud Abu Khalaf, M.D.

*Assistenzarzt der Unfallchirurgie und
Orthopädie
Deutschland*

Graphics Design

Anmar Qashqish, M.D.

*Oberarzt der Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Deutschland*

JORMED
جمعية الأطباء الأردنيين في ألمانيا
Deutsch-Jordanischer Ärzteverband e.V.

1. Auflage

2023 JORMED Academy

Deutsch-Jordanischer Ärzteverband E.V.

Wichtige Hinweise:

- 1) Sobald kein Dokortitel in Deutschland vorhanden ist, darf man weder bei dem Gespräch noch im Lebenslauf sich als Doktor vorstellen.
 - 2) Es muss darauf geachtet werden, mit dem Patient keine medizinische Begriffe zu benutzen (beispielsweise: Lungenentzündung statt Pneumonie)
 - 3) Man kann versuchen, nachträglich die Fehler zu korrigieren, beispielsweise kann man beim Arztgespräch sagen „ich habe vergessen über Familienanamnese zu fragen, diese mache ich bei der körperlichen Untersuchung“
 - 4) Das Outfit am Tag der Prüfung spielt eine gute Rolle, um gute Impression zu gewinnen.
 - 5) Es ist in Ordnung, nach unverständliche Informationen zu fragen, am besten sagt man „ich habe das akustisch nicht verstanden“
-

Erster Teil:

Anamneseerhebung:

Hier werden auch relevante Informationen für die Diagnosen diskutiert, diese sind beim Arzt-Arzt-Gespräch relevant.

Die Anamnese besteht aus:

- 1) **Persönliche Daten**
- 2) **Hauptbeschwerden**
- 3) **Somatische Anamnese und Vorerkrankungen**
- 4) **Medikamentenanamnese**
- 5) **Familienanamnese**
- 6) **Noxen**
- 7) **Sozialanamnese**

Die Fragen über die persönlichen Daten, somatische Anamnese und Vorerkrankungen, Medikamentenanamnese, Familienanamnese, Noxen und Sozialanamnese kann Man immer bei jedem Fall stellen.

Persönliche Daten:

- Wie heißen Sie?

Hier ist wichtig die Name des Patienten richtig zu schreiben, daher ist empfohlen, immer die Name buchstabieren zu lassen

- Können Sie bitte Ihre Name buchstabieren?

Für Buchstabierung wird die postalische Buchstabiertafel benutzt.

Postalische Buchstabiertafel:

A: Anton

Ä: Ärger

B: Berta

C: Cäser

D: Dora

E: Emil

F: Friedrich

G: Gustav

H: Heinrich

I: Ida

J: Julius

K: Kaufmann

L: Ludwig

M: Martha



N: Nordpol

O: Otto

Ö: Ökonom

P: Paula

Q: Quelle

R: Richard

S: Samuel

ß: Eszett

T: Theodor

U: Ulrich

Ü: Übermut

V: Viktor

W: Wilhelm

X: Xanthippe

Y: Ypsilon

Z: Zacharias

- Wie alt sind Sie ?
- Wie Groß sind Sie ?
- Wie Schwer Sind Sie ?

Ende der persönlichen Anamnese.

Hauptproblem/Hauptbeschwerden

- Wir empfehlen SOCRATES für die Erhebung des Hauptproblems:

S: Site , O: Onset , C: character , R: Radiation, A: Associated Symptoms, T: Timing (acute, chronic, certain Times), E: Exacerbating and relieving Factors, S: Severity

S: Site

Wo haben Sie Schmerzen? Können Sie mir genau zeigen, wo die Schmerzen am stärksten sind?

Für andere Beschwerden als Schmerzen fällt S aus.

O: Onset

Seit wann haben Sie Beschwerden Oder

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Traten die Beschwerden plötzlich oder eher langsam auf? Über welchen Zeitraum traten die Beschwerden auf?

C: Character – Beschreibung-

Für Schmerzen:

- Beschreiben Sie die Schmerzen?

Beispiele: Krampfartig, pulsierend, ziehend, drückend, stechend

Für Husten: (mit oder ohne Auswurf)

- Haben Sie trockenen Husten oder haben Sie Auswurf dabei bemerkt?

Für Schluckstörung

- Haben Sie die Schluckstörung bei fester oder auch flüssiger Nahrung bemerkt

Für Krampfanfall:

- Hat Jemand den Krampfanfall gesehen? Können Sie den Krampfanfall beschreiben?

Für Unfall

- Beschreiben Sie, wie der Unfall aufgetreten ist?

Für Bewusstlosigkeit

- Beschreiben Sie genau, was ist ihnen ohnmächtig gewesen

R: Radiation (Ausstrahlung) – Nur für Schmerzen-

Strahlen die Schmerzen in anderen Körperteil aus? Wenn ja, wohin ?

A: Associated Symptoms:

allgemeine Symptome dann von Oben nach unten , erstmal allgemeine Frage, dann spezifische Frage

- Haben Sie andere Symptome bemerkt?

Gewichtsverlust: Haben Sie an Gewicht verloren? Wenn er das Gewicht nicht gemessen hat, dann : Passen Ihnen alte Klamotten noch? Oder sind Sie inzwischen so groß oder so klein?

Nachtschweiß: Haben Sie Nachtschweiß?

Schmerzen: Falls Hauptbeschwerden nicht Schmerzen sind: Haben Sie Schmerzen irgendwo?

- **Jetzt spezifische Fragen (von oben nach unten)**

1) Kopf und Augen:

Fieber: Haben Sie Fieber bemerkt ?

Haben Sie Doppelbilder gehabt?

Haben Sie Schwarz vor dem Augen gesehen? (bei Bewusstlosigkeit)

Haben Sie Ohrgeräusche? ich meine Tinnitus

Haben Sie Lichtscheu oder Lärmscheu?

2) Herz:

Haben Sie Herzrasen bemerkt?

3) Lungen :

Haben Sie Luftnot?

Haben Sie Husten?

Haben Sie Bluthusten?

4) Gastrointestinal:

Haben Sie Durchfall?

Haben Sie Übelkeit oder Erbrechen?

Haben Sie Bluterbrochen?

Haben Sie Sodbrennen?

Haben Sie Schluckstörung?

5) Haut:

Haben Sie Hautauschlag bemerkt? Wenn Ja, beschreiben Sie den Ausschlag ?

Haben Sie Juckreiz bemerkt?

6) Extremitäten:

Haben Sie Taubheitsgefühle oder Lähmungserscheinungen bemerkt?

Haben Sie geschwollene Beine?

7) Urologisch

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Oder brennt es beim Wasserlassen?

Müssen Sie oft auf die Toilette gehen?

Können Sie Wasser halten?

8) Gyn

Wann war die letzte Regelblutung? Wann erwarten Sie die nächste?

Könnte es sein, dass Sie schwanger sind?

T: Timing

Sind die Beschwerden dauerhaft da, oder gehen sie inzwischen wieder weg?

Wie Haben sich die Beschwerden im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

Folgen die Schmerzen einen wellenförmigen Verlauf? Schwellen sie immer wieder an und ab?

Tretten die Beschwerden zur bestimmten Tageszeiten auf?

E: Excacerbation and relieving factors

Gibt es bestimmte Auslöser für die Beschwerden?

Gibt es etwas das die Beschwerden lindert oder verstärkt?

Sind die Beschwerden abhängig davon, ob Sie setzen, liegen oder stehen?

Treten die Beschwerden in der Ruhe auch, oder nur bei Belastung auf?

In welche Situationen sind die Beschwerden aufgetreten?

Haben Sie bereit durch die Schmerzen Nitropräparat eingenommen? Haben Sie sich dadurch verbessert?

Haben Sie Säureblocker eingenommen? Lindern die Schmerzen nach der Einnahme?

S: Severity

Wie Stark sind die Schmerzen auf Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr leichten oder 10 sehr starken Schmerzen entspricht?

Haben Sie wegen der Beschwerden vom Schlafen aufgewacht?

Ende der Hauptbeschwerden

Bei relevanter Diagnosen sowie Symptome muss man nach der sexueller Anamnese Frage, diese hängt von dem Fall ab:

Sexuelle Anamnese

Einleitung für den Patient

Sexuelle Gesundheit ist sehr wichtig für unser Wohlbefinden, deshalb frage ich meine Patienten immer danach, wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:

- Sind Sie schon sexuell aktiv?
- Sind Ihre Partner Männer, Frauen oder beides?
- Wie viele Partner haben Sie insgesamt in Ihrem Leben?
- Haben Sie risikoreiches Verhalten bezüglich HIV gehabt? Z.b Drogen misbrauch, häufig Partner Wechsel, risikoreiche Partner oder andere sexuelle Übertragbare Krankheit?
- Haben Sie schon sexuelle Übertragbare Krankheit?
- Haben Sie Auf HIV oder andere sexuelle Übertragbare infektion testen lassen? Möchten Sie das?
- Wie schützen Sie sich vor HIV oder anderen sexuellen Übertragbaren infektion?
- Wie verhüten Sie eine Schwangerschaft?
- Haben Sie schon Anal oder Oralsex ?

Ende der sexuellen Anamnese

Vorerkrankungen

- Haben Sie Vorerkrankungen?
- Waren Sie schon einmal stationär aufgenommen? Wenn ja, warum?
- Wurden Sie schon einmal operiert?

Ende der Vorerkrankungen

Medikamentenanamnese

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?
- Haben Sie Ihre Medikamente regelmäßig eingenommen?
- Sind Sie auf Medikamente allergisch? Wenn Ja, wie haben Sie damals reagiert?

Bestimmte Medikamente, die Sie wissen müssen:

Antihypertensive Med: Ramipril 2,5, 5 mg, Amlodipin 5 , 10 mg , HCT 12,5 oder 25 mg, Valsartan 40, 80 oder 160 mg, Candesartan 4,8,16 mg, Bisoprolol 2,5 , 5 mg, Metoprolol 27,5, 45, 90 mg

Für Diabetes Mellitus: Metformin 500, 750, 1000 mg, Sitagliptin, Janumet

Für Gicht : Allopurinol 150 , 300 mg

Für Hyperlipidämie: Atorvastatin 10,20 oder 40 mg, Simvastatin 20,40, 80 mg, Rosuvastatin

Blutverdünnung: ASS 100 mg, Clopidogrel 75 mg, Apixaban 2,5-5 mg, Rivaroxaban , Edoxaban 30-60 mg , Dabigatran, Falithrom, Werfarin, Marcumar.

- **Dass Kann sein, dass der Prüfer dir sagt, „ich nehme Blutverdünner ein, ich weiß die Name nicht, aber ich gehe regelmäßig zur Kontrolle“ , hier musst du fragen, ob er Falithrom, Werfarin oder Marcumar einnimmt.**

Schmerzmittel: Metamizol 500-1000 mg, Paracetamol 500-1000 mg, Naproxen, Ibuprofen 400,600, 800 mg, Diclofenac Natrium, Tilidin, Moprhon, Aspirin 500-1000 mg

Magenschutz: Pantoprazol 20, 40 mg, Esomeprazol 10, 20,40 mg.

Ende der Medikamenteanamnese

Familienanamnese

- Gibt es relevante Erkrankungen in Ihrer Familie, die ich davon wissen muss?
- Hat Jemand von Ihrer Familie ähnliche Beschwerden im Vorfeld?
- Leben Ihre Eltern, Großeltern noch?
- Woran Sind Ihre Eltern Bzw Großeltern gestorben?
- Gab es Fälle von Krebs in Ihrer Familie?
- Haben Sie Geschwester? Sind sie gesund?

Ende der Familienanamnese

Noxen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? Seit wann rauchen Sie?
- Wenn nein, haben Sie im Vorfeld geraucht? Wenn ja, wie lange und wie viel pro Tag?
- Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was trinken Sie, und wie viel pro Tag/Woche? Wann haben Sie zuletzt getrunken
- **Bei relevanter Fälle, kann man nach Drogen fragen**
- Bitte nehmen Sie die Frage nicht persönlich, ich muss diese Frage bei jedem Patient stellen, nehmen Sie Drogen ein? Haben Sie schon einmal im Vorfeld Drogen eingenommen?

Ende der Noxen

Sozialanamnese

- Wohnen Sie alleine? Wenn nein, wer wohnt mit Ihnen?
- Haben Sie Kinder? Sind Sie verheiratet oder ledig?
- Was machen Sie von Beruf ?
- Waren Sie zuletzt im Urlaub? Wenn ja , wo waren Sie?
- Haben Sie Pflegegrad oder Pflegestufe? Wenn ja, welche und warum?
- Erlidgen Sie Ihre Sachen beispielsweise Einkaufen und Kochen alleine?

Ende der Sozialanamnese

Brustschmerzen

Persönliche Daten: siehe oben

Hauptbeschwerden

S: s.o

O: s.o

C: s.o

R: s.o

A (hier hängt dieser Teil von der Differentialdiagnosen ab)

1- Myokardinfarkt:

Ist Ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?

Haben Sie kalten Schweiß bemerkt?

Waren Ihnen Ohnmächtig?

Ist Ihnen schwindelig?

2- Parikarditis (Herzbeutelentzündung)

Haben Sie Krankheitsgefühl?

Haben Sie Fieber oder Nachtschweiß bemerkt?

3- Lungenentzündung

Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?

Haben Sie Husten? Wenn Ja, haben Sie Auswurf bemerkt? Wenn ja, welche Farbe und Konsistenz hat der Auswurf?

4- Gasbrust

Ist Luftnot aufgetreten?

Ist die Schmerzen mit dem Atmen verbunden?

Haben Sie einen Unfall?

5- Lungenembolie

Haben Sie geschwollene Beine?

Haben Sie bemerkt, dass Ihre Beine rötter als gewöhnlich sind?

Haben Sie Bluthusten?

6- Lungenkrebs

Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert?

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit deutlich verändert? Haben Sie ab oder zugenommen?

Passen Ihnen noch alten Kleider? Oder sind sie inzwischen so groß oder so klein?

7- Gerd

Haben Sie häufig saures Aufstoßen?

Sind die Schmerzen mit Nahrungsaufnahme verknüpft?

Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?

8- Magenschwür

Ist Ihnen Veränderung der Stuhlfarbe aufgefallen?

9- Gürtelrose

Haben Sie Hautausschlag bemerkt?

10- Stress (Belastung)

Haben Sie Herzklopfen bemerkt?

Zittern Ihre Hände durch die Schmerzen?

T: s.o

E: s.o

S: s.o

Diskussion der Differentialdiagnosen:

Myokardinfarkt: ist eine Durchblutungstörung des Herzes wegen einer Verengung des Lumens eines Astes der Koronargefäße. Die Verengung wird durch Athermatöseplaques ausgelöst; kleine Einrisse der Fibrinschicht an der Oberfläche kann zur Aktivierung der Thrombozyten führen.

- **Risikofaktoren:**

- 1) Nikotinkonsum
- 2) Arterielle Hypertonie
- 3) Hyperlipidämie
- 4) Diabetes Melitus

- **Typen:**

- 1) STEMI: Transmuraler: im EKG ST-Hebung
- 2) NSTEMI Subendokardialen: Im EKG ST-Absenkung oder erhöhte Troponin ohne EKG Veränderungen.

- **Durchblutung des Herzes:**

Right coronary artery	- Rechte Herzarterie - Arteria Coronaria Dextra
Left Coronary artery	- Linke Herzarterie - Arteria Coronaria Sinistra
Lateral circumflex artery	- Ramus Circumflexus
Left anterior descending artery	- Ramus interventrikularis Anterior
Posterior descending artery	- Ramus interventrikularis Posterior

• **EKG** **Ort des Infarktes** **betroffene Arteria**

V1-V2	Anterioseptal Infarkt	Ramus Interventrikularis Anterior
V3-V4	Vorderwandspitzen Infarkt	Ramus Interventrikularis Anterior
V5-V6	Anteriolateral Infarkt	Ramus Circumflexus
Ableitung I, AVL	Lateraler Infarkt	Ramus Circumflexus
Abteilung II, III, AVF	Inferiorer Herzinfarkt	Rechte Herzarterie
V7-V9	Hinterwandinfarkt	Ramus interventrikularis Posterior

Lateraler Infarkt	<ul style="list-style-type: none"> - ST-Hebung in Ableitung I, AVL - ST-Hebung in V5-V6 - ST-Absenkung in Ableitung II,III
Inferiorer Herzinfarkt	<ul style="list-style-type: none"> - ST-Hebung in Ableitung II, III, AVF. - ST-Senkung in Ableitung I,AVL, V1,V2.

• **Diagnosestellung:**

- Patient hat Symptome von MI, ist aber stabil, Troponin und EKG sprechen für akutes Koronarsyndrom, dann spricht die Diagnose für STEMI/NSTEMI
- Patient hat Symptome von MI, ist aber stabil, Troponin und EKG sind unauffällig, dann sind die folgenden Diagnosen zu berücksichtigen:

- 1) Lungenembolie (Wells-Score, CT mit Kontrast)
 - 2) Perikarditis (EKG und MRT)
 - 3) Aortendissektion (CT mit Kontrast)
- **EKG ist Goldstandard für die Diagnosestellung in den ersten 6 Stunden.**
 - **Keine ST-Hebung mit positiven Herzenzyme mit Dynamik im Verlauf: NSTEMI**
 - **Keine ST-Hebung mit negativen Herzenzym: Instabile Angina**
 - **ST-Absenkung: 10-30% von normalen Menschen haben ST-Absenkung, die Pathologische ist:**
 - 1 mm oder mehr in der posterioren Ableitung.
 - 2 mm oder mehr in der Brustwandableitung .
 - Herzmarker:

Troponin I	Myoglobin	Kreatinin Phosphatkinase
<ul style="list-style-type: none"> - Steigt nach 4 Stunden - Erreicht den höhenpunkt nach 24 Stunden - Bleibt erhöht für 7-10 Tagen - Kann falschpositiv im Nierenversagen sein. 	<ul style="list-style-type: none"> - Steigt nach 6-8 Stunden. - Erreicht den höhenpunkt nach 24 Stunden. - Bleibt erhöht für 48 Stunden. - Deswegen ist sehr wichtig für Diagnose des Reinfarkts - Reinfarkt treten am meisten innerehalb von 2-7 Tage von dem ersten Infarkt 	Wie Myoglobin.

- **Beim Abhören:**

- Präsysistolisches Gallop; beim Ausatmen und der Patient soll auf der Seite liegen.

- **Komplikationen:**

0-24 Stunden	1) Kammerarrhythmien. 2) Kardiogener Schock 3) Herzinsuffizienz mit Lungenödem
1-3 Tagen	Frühperikarditis (Herzbeutelentzündung)
3-14 Tagen	1) Myokardruptur mit Perikardtamponad 2) Pappilarmuskelabriss mit Mitralklappeninsuffizienz 3) Interventrikularruptur
2W bis Monaten	1) Herzwandaneurysma 2) Dressler-Myokarditis

Weitere Komplikationen:

A) Perikardtamponad:

Diagnosestellung: Echo + Beck`sche Triade:

Beck`sche Triade:

- 1) Hypotonie
 - 2) Vermehrte Jugularvenenfüllung
 - 3) Leise Herztöne
 - 4) Herzspitze kann nicht abtasten lassen werden.
- **Therapie:** Perikardpunktion/ Perikardiozentese.

B) Pappillarmuskelabriss: löst Pulmonalödem aus.

C) Herzwandaneurysma:

- **Im EKG:**
- 1) persistierende ST-Hebung

2) Tiefe Q-Welle

- **Klinisch:**

1) Herzinsuffizienz

2) Embolie

3) Rhythmusstörung der Kammern.

Behandlung:

STEMI

- MONA: Morphin + Sauerstoff (O₂) + Nitroglycerin+ Aspirin.

Wann ist IV Nitroglycerin Kontraindiziert?

1) Hypotonie

2) Rechkammerinfarkt

3) Schwere Aortastenose

Theapieoptionen:

- **Angioplastie (Rekanilisation und Stentimplantation)**

Dadurch wird Heparin verabreicht

Angioplastie soll innerhalb der folgenden Situationen absolviert werden:

1) Innerhalb 90 Minuten von der Aufnahme.

2) Innerhalb 120 Minuten von der ersten medizinischen Kontakt

3) Innerhalb 12 Stunden von dem Anfang der Symptome.

Mögliche Komplikationen:

1) Ruptur

2) Restenose

3) Hämatom

Um Restenose zu vermeiden, werden Beschichtetestents mit Medikamenten wie Sirolimus oder Paclitaxil benutzt.

- **Thrombolyse** : ist heutige Tagen durch Angioplastie ersetzt, soll innerhalb von 30 Minuten von der Aufnahme verabreicht werden, ist eine Möglichkeit, wenn keine Angioplastie verfügbar ist

Non-Stemi:

- MONA dann Aspirin danach Heparin.
- **Heparin:** niedermolekular Heparin (-Parin) sind bevorzugt und besser als die nicht-fraktionierte Heparin.
- **Angioplastie in Non-Stemi:**
- **Wann?**
 - 1) Andauernde Schmerzen in der Anamnese
 - 2) Protodiastolischer Galopp(früh in diastolischer Phase) in der klinischen Untersuchung
 - 3) Pumpversagen des Herzens in der Echokardiographie
 - 4) Verschlechterung des EKGs
 - 5) Andauernde Kammertachykardie.
 - 6) Erhöhung von Troponin Im Verlauf

D) Bradykardie in MI: ist sehr üblich wegen der vaskulären Insuffizienz des Sinuarterialknotens.

- AV-Block dritten Grades kann auftreten
- Behandlung der Bradykardien:**
- 1) IV Atropin (0.5 mg) Bolus jede 3-5 Min bis zum 6 Male.
 - 2) Wenn die Bradykardie persistiert:
 - A) Herzschrittmacherimplantation
 - B) Dopamin Infusion (2-20 mcg/Kg/Min)
 - C) Epinephrin Infusion (2-10 mcg/Kg/min)

E) Tachykardie: ist mit den folgenden Fälle Assoziiert:

- 1) Neue aufgetretene Inferiorwandinfarkt:
Wird mit Flüssigkeitgabe behandelt
- 2) Herzbeutel tamponade: erklärt in den Komplikationen.
- 3) Ventrikuläre-Tachykardie/Herzkammerflimmern (Ventrikuläre-Fibrillation)

Hier muss Man die Reanimation beginnen, wenn bei Kammerflimmern oder ventrikuläre Tachykardie kein Puls vorhanden ist, dann muss Man Kardioversion veranlassen und die Reanimation fortführen , wenn keine Besserung auftritt, dann erenute Kardioversion.

Während der Reanimation sollte Epinephrin i.v 1 mg alle 3-5 Minuten gegeben werden.

Bei Kammerflimmern kann Man Amidaron 2 mal geben (300 mg, 150 mg)

Entlassung nach der Behandlung

Medikamente bei der Entlassung:

- 1) Aspirin
- 2) β -Blocker
- 3) Statin
- 4) ACEI (Angiotension-konversionenzymhemmer)

Angina:

Paroxysmalr aufgetretender retrosternaler Schmerz, der durch eine Ischämie des Herzens ausgelöst wird mit Dauer weniger als 10 Minuten:

Umgangsprache: **Pektanginös**

Ätiologie:

- 1) Verengung des Lumens eines Astes der Koronargefäße.
- 2) Vasospasmus der Koronararterien.

Gliederung nach dem Beginn:

- 1) Belastungsabhängige Angina
- 2) Ruhe Angina
- 3) Prinzemetal Angina
- 4) Angina Nocturna (nächtliche Angina)
- 5) Angina Decubitus.

Gliederung nach dem Verlauf:

- 1) Stabile Angina
- 2) Instabile Angina

Auslöser:

- Typischerweise wird die Angina Pectoris durch körperliche Anstrengung (Kälteexposition oder emotionalen Stress) ausgelöst.

Wann wird die Herzerkrankung in der Familie berücksichtigt?

- 1) Infarkt im jugendem Alter: Männer junger als 55 und Frauen junger als 65
- 2) Erstgradig

Diagnosestellung: EKG + Herzmarker.

Typische Brustschmerzen	Atypische Brustschmerzen	Nicht Angina
1) Retrosternale Schmerzen, die mehr als 20 min dauern 2) Wird durch Belastung/Emotion Ausgelöst 3) Wird durch Ruhe oder Nitroglycerin gelindert	2 von 3	1 von 3

Endokarditis

Hauptbeschwerden bei dieser Erkrankung sind Fieber unklare Genese oder Schlaganfall

Akute Endokarditis	Subakut Endokarditis
Erreger : S.Aures	Erreger: S.Viridian

<ul style="list-style-type: none"> - Schneller Krankheitsbeginn. - Angriff auf vorher normale Klappe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Langsamer Krankheitsbeginn - Angriff auf vorher erkrankte Klappe nach zahnärztlicher Prozedur
---	--

Andere Ursachen:

- 1) Coxielle Burneitte
- 2) HACEK: Haemophilus, Aggregatibacter, Cardiobacterium, Eikenella und Kingella.
- 3) Andere Ursachen: SLE , Malignom (Bösartigkeit), Hyperkoagulabilität.

Die häufigste betreffene Klappe ist Mitralklappe, in Trikuspidalklappe in Drogenabhängiger.

Symptome:

- Fieber
- Neues Herzgeräusch
- Roth-Flecke: weiße-Flecke auf der Netzhaut umgeben von Hämorrhage.
- Osler-Knötchen: schmerzhaft angehobene Läsionen auf Finger und Zehen.
- Janeway-Läsion: kleine schmerzlose Läsionen auf Sohle und Handfläche.
- Splinter-Hämorrhagen

Diagnose:

Hauptkritiren	Nebenkritiren
<ol style="list-style-type: none"> 1) Zwei positive Blutkulturen mit dem regelmäßigen Erreger (s.aures, S.viridian) 2) Postivier Echo-Befund (Vegetation, Abszess, neue Klappeninsuffizienz) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prädisponierende Risikofaktoren(z.B Prothetische Klappe oder Strukturelle Herzfehler) 2) Drogenabusus 3) Fieber mehr als 38C

	4) Immunologische Phänomone (Roth oder Osler) 5) Gefäßphänomene von Embolie 6) Positive Kultur, die nicht die typischen Erreger entspricht.
--	---

Definitiv IE	Wahrscheinliche IE
2 Hauptkritiren Oder 1 Haupt mit 3 Neben	1 Haupt und 1 Neben Oder 3 Neben

Behandlung

Empirisch	Vancomycin+Gentamycin
S.aures	Oxacillin (+ Rifampin ob Prothetische Klappe Vorhanden ist)
S.Viridian	Ceftraiaxon für 4 Wochen
Enterococci	Ampicillen+ Gentamycin
Milz	Amphoteracin+Ersatzklappe
HACEK	Ceftriaxone
S.epidemis	Vancomycin
Widerstand?	Hinzufügung des Aminoglykosid und Verlängerung des Zeitdauers der Einnahme
Prophylaxe	Amoxicillen

- Wann behandeln wir mit Chirurgie?

CARE Per FB

C: CHF – Pumpversagen des Herzens

A: Abszess

RE: rezidivierende Embolie

P: Prothetische Klappe

F:fungal- Milz

B: Block :AV-Block

Myokarditis

Erreger: Chipati

C: Coxackie Virus

H: HHV6

I: Influenza

P: Parvovirus

A: Adenovirus

Diagnose:

- Ultraschall: Erweiterung der Herzkammern
- MRT: Enhancement des Epikards
- PCR
- Biopsie: Lymphozytäre Infiltration

Behandlung:

- Supportive Therapie
 - ABDD: ACE Hemmer, β -Blocker, Digoxin und Diurika
 - Herztransplantant.
-

Perikarditis

Erreger:

- 1) Virale Infektion: oft nach vorherigem Infekt der Atemwege, hier ist der Erreger Coxsackievirus.
- 2) Bakterielle Infektion: S.Pneumoniae, S.Aureus oder Tuberkelbakterien im Rahmen einer Sepsis oder durch Übergreifen von benachbarten Organen (Pneumonie).
- 3) Im Rahmen systemischer Erkrankungen:
 - A) Autoimmunerkrankung
 - B) Rheumatoide Arthritis
 - C) Kollagenose (connective tissue disease)
 - D) Myokarditis/Endokarditis
 - E) Urämie: brauchen wir hier urgente Hämodialyse
 - F) Paraneoplastische
 - G) Nach Radiotherapie: bis zum 20 Jahren
 - H) Idiopathische

Diagnosestellung

- Klinische Untersuchung:
 - A) Mid-diastolisches Herzgeräusch
 - B) Reibgeräusch
 - C) Kussmaul-Zeichen: Erhöhung des Jugularvenendrucks beim Einatmen.
- EKG:
 - A) Nicht anatomische ST-Hebungen und T-Abflachungen
 - B) Absenkung des PR-Intervals (sehr Spezifisch für Diagnose)
- MRT: Verkalkung
- Echo: Nachweis von Erguss und Perikardverdickung
- Jugularvenenpuls: auffällige X Tal und y Tall.

Therapie:

- Supportive Therapie.
- NSAIR: nicht-steroidale Anti-Rheumatika (nicht Steroidale Entzündungshemmer)
- Colchicin verringt die Risiko vom Rezidiv
- In Virale und Autoimmunerkrankungen: Glukokortikoide.

Lungenembolie:

- Verengung einer Lungenarterie oder einer Bronchialarterie durch einen Embolus.

Formen:

- 1) Thromboembolie
- 2) Septische Embolie
- 3) Fettembolie (Nach Fraktur eines lagnen Bein)
- 4) Luftembolie
- 5) Fruchtwasserembolie
- 6) Tumorembole

Risikofaktoren:

- 1) Maligne Tumore
- 2) Schwangerschaft
- 3) Umfangreiche Operation
- 4) Gerringungsstörung
- 5) Immobilität

Einteilung:

- A) Akute
- B) Chronisch

Symptome:

- 1) Dyspnoe
- 2) Brustschmerzen
- 3) Husten
- 4) Hämoptysen
- 5) Schweißausbruch
- 6) Fieber
- 7) Hypotonie

Diagnosestellung:

- Notfallmäßig: EKG, Röntgen-Thorax und Blutgasanalyse
- Beginn der Therapie ist indiziert, falls diese 3 Tests hinweisend auf Lungenembolie sind.
 - Akkurater Test: CT-Angiographie
 - Andere Tests:
- Wells-Score
- Lungendurchlüftung und Durchblutung
- D-Dimer
- Doppler-Sonographie
 - **Erwartung vom EKG in der Lungenembolie**
- Normales EKG
- Sinustachykardie
- Rechtstyp (right axis deviation) in 5% der Fälle.
 - **Röntgenthorax:**
- Normales Bild
- Keilförmiger Infarkt und Hampton Hump
- Westermark-Zeichen: Erweiterung der Gefäße der Lunge.
 - **Blutgasanalyse:**
- Sauerstoffmangel
- Respiratorische Alkalose wegen der Hyperventilation
 - **Lungendurchlüftung und Durchblutung:**
- Erster Auswahl in der Schwangerschaft.

- Normaler Test kann die Lungenembolie ausschließen
- **D-Dimer:**
- Sensitiv aber nicht spezifisch
- Negativer Test schließt Lungenembolie aus, aber positiver Test belegt die Diagnostik nicht!
- **Doppler-Sonographie der unteren Extremitäten**
- Falls der Befund pathologisch ist, dann braucht man keine weitere Untersuchungen, da die Behandlung das gleiche ist (Heparin und Warfarin).

- **Wells-Score**

+ 1 Punkt	+1.5 Punkt	+3 Punkte
<ul style="list-style-type: none"> - Hämoptysen - Krebs 	<ul style="list-style-type: none"> - Z.n TVT oder LE - Herzrate mehr als 100 - Z.n Operation oder Immobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische Zeichen der TVT - Keine alternative Diagnose möglich ist.

- Mehr als 4 Punkte: Lungenembolie
- ≤4: die Diagnose der Lungenembolie unwahrscheinlich ist.
- **Zusammenfassung der Diagnosestellung**
- Notfallmäßig muss Man EKG, Rö-Thorax und Blutgasanalyse veranlassen, wenn diese auffällig sind, dann soll man die Behandlung beginnen dann sollte ein CT-Angiographie durchgeführt werden.
- Wenn diese negativ sind, dann ist vor der Therapie ein CTA indiziert.
- Ggf. kann Man bei unauffälligem CT-Angio eine Lungendurchlüftung/Durchblutung veranlassen.
- **Behandlung:**
- **Erste Linie: Heparin + Warfarin**
- Beginnen Sie mit Heparin-Niedermolekular- (Bolus 10.000 Internationale Einheit) gefolgt von einer Dauerinfusion 30.000-40.000 Internationale Einheit)

bis zum Punkt, wo PTT bis zum 1,5 des Ausgangwertes erhöht ist. dann Umstellung der Therapie auf Vitamin K Antagonist

- INRziel: 2-3
- Im Fall von Heparin-Induziert-Thrombozytopenie:
 - **Fundaparinox + Rivaroxan/Abixaban/oder Dabigatran** (INR-Kontrolle ist nicht erforderlich)
 - **Welche Medikamente sind im Nierenversagen kontraindiziert?**
 - 1) Niedermolekular Heparin
 - 2) Fundaparinox
 - 3) Rivaroxaban
- Hier benutzen wir nicht-fraktionierte Heparin.
 - **Andere Optionen der Therapie**

Vena-Cava-Schirm/Filter falls

- Antikoagulation kontraindiziert ist (Meläna oder Hirnblutung)
- Rezidivierende Embolie trotz der Behandlung mit Heparin und Warfarin und Trotz der INRwert von 2-3
- Rechtherzversagen mit Rechtherzerweiterung
 - **Thrombolytika:**
 - 1) Instabiler Patient
 - 2) Akutes Rechtherzversagen.

Fruchtwasserembolie

- **Risikofaktoren:**
 - 1) Gravia ≥ 5
 - 2) Ältere Schwerege Frauen
 - 3) Placenta Pravea oder Abbrucung der Plazenta (Mutterkuchen)
 - 4) Präeklampsie (spätgestose)
 - 5) Kaiserschnitt
- **Klinische Symptome:**
 - ZNS: Krampfanfall

- Herz: Herzversagen
- RS: Respiratorisches Versagen oder Atemversagen
- Hämatologisch: DIC (disseminierte Intravasale Koagulopathie)
- **Behandlung:**
 - Respiratorische und kardiale unterstützende Therapie
 - Intubation
 - Blutdrucksteigernde Medikamente/ Vassopressorische Medikamente.

Pneumonie (Lungenentzündung)

Ursachen:

- 1) Bakterien
- 2) Viren
- 3) Pilze
- 4) Parasiten
- 5) Magensaft (kann Pneumonia und Pneumonitis verursachen)

Einteilung:

A) Nach klinisch pathologischen Gesichtspunkten (Aspect) unterteilt man Pneumonia in:

Alveoläre Pneumonie		Interstielle Pneumonie (betrifft nicht die Alveolen sondern das Interstitium*)
A) Bronchopneumonie -Multifokale Herdpneumonien, bei denen die Entzündung	B) Lobärpneumonie -ein ganzer Lungenlappen ist von der Entzündung betroffen 1) Unterlappen Pneumonie 2) Mitterlappen Pneumonie	

<p>von verschiedenen Infektionsherden (focus of infection) der Bronchien auf das Lungengewebe übergreift.</p> <p>-kann ein oder mehrere Lungenläppchen betreffen, und tritt meist in mehreren Lappen auf.</p>	<p>3) Oberlappen Pneumonie</p>	
---	--------------------------------	--

*interstitium: die schmale Bindegewebsschicht zwischen den Alveolen und den Blutgefäßen

B) Nach Ätiologie:

<p>Ambulant-erworbene Pneumonie</p>	<p>Nosokomial erworbene Pneumonie</p>	<p>Beatmungsassoziierte Pneumonie</p>
<p>Vor der Aufnahme oder innerhalb 48 Stunden von der Aufnahme.</p>	<p>Nach 48 Stunden von der Aufnahme bis zum 90 Tagen nach der Entlassung</p>	<p>Nach 2 Tagen von der Intubation</p>

Beatmungsassoziierte-Pneumonie:

Symptome:

- 1) Fieber
- 2) Neue Infiltrate in der Brustaufnahme
- 3) Steigende Werte von dem weißen Blutkörperchen.
- 4) Eitrige Sekretion von dem Tubus.

Diagnose: von 1 bis 4, wobei 1 die niedrige Genauigkeit und 4 die mehrere Genauigkeit ist:

- 1) Tracheales-Aspirat: durch Absaugkatheter, der am ende des endotrachealen Tubus liegt.
- 2) Bronchoalveoläre Lavage: durch Bronchoskopie
- 3) Video-assistierten Thorakoskopie (Spiegelung der Pleurahöhle)
- 4) Offene Biopsie

Risikofaktoren:

- 1) Eingeschränkte Zilienfunktion (Zigaretten-Rauchen, Mukoviszidose-CF-)
- 2) Erkrankung mit Umbau des Lungengerüsts (COPD, Alpha-1-Anti-Trypsinmangel)
- 3) Lungentumoren
- 4) Alter über 60 Jahren oder unter 1 Jahre
- 5) Zustand nach Splenktomie.

Rezidivierende Pneumonie:

Unveränderte Lokalisation		Verschiede Lokalisation
Obstruktion	Rezidivierende Aspiration	1) Immunschwäche/ Immundefizienz

<p>A)intern</p> <p>1)Bronchoektasie</p> <p>2)Fremdkörper</p> <p>**eine Bronchoskopie ist indiziert</p> <p>B)Extern</p> <p>1)Tumoren</p> <p>2) Lymphadenopathie</p> <p>** Ein CT ist indiziert</p>	<p>2) Mukoviszidose</p> <p>3) Gefäßentzündung/ Vaskulitis</p>
---	---

Erreger:

Alveolär	Interstielle	Nosokomial
s.pneumonia	Mykoplasma	Pseudomonas
Klibsiella	Pneumonie	E-Coli
S.pyogens	Respiratory synsitial	Klebisiea
Legionella	Virus	Acintobacter
Maroxella	Infleunza/parainfluenza	S.aures
	Pneumocystits Jivoreci	
	Coxiella	

Körperliche Untersuchung:

- Auskultation: Freusche Rasselgeräusche
- Bei Perkussion ist über dem betroffenen Lappen eine Klopfchalldämpfung bemerkbar.

- Der Stimmfremitus ist verstärkt.

Alveoläre Pneumonie	Interstielle Pneumonie
<ul style="list-style-type: none"> - Akuter Beginn - Vorher gesund - Fieber mehr als 38.5 - Produktiver Husten - Lobäre Infiltrate im Röntgen-Thorax, bevorzugt basal - Rasselgeräusche+ Kopfschalldämpfung. - Schweres Krankheitsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> - Subakuter Beginn - Grippler Infekt als Vorerkrankung. - Fieber niedriger als 38.5 - Trockener Husten - Flächige, milchglassartige Verschattung - Unauffällig beim Auskultation.

Aspiration Pneumonie	Pneumonitis
<ul style="list-style-type: none"> - Infektion - Tage nach der Aspiration - Behandlung: Clindamycin 	<ul style="list-style-type: none"> - Entzündung - Stunden nach der Aspiration der Magensaft - Behandlung: Supportive Therapie.

Diagnostik:

- 1) Anamneseerhebung und Untersuchung.
- 2) Sputum und Blutkulturen
- 3) Röntgenthorax
- 4) Biopsie bei komplizierten Fällen
- 5) Serologische Titer bei: Chlamydia, Coxiella.
- 6) Antigen beim Urin bei: Legionella.

CURB-65 Index:

C: Confusion (verwirrtheit)

U: Harnstoffehöhung

R: Atemfrequenz mehr als 30/min

B: systolischer Blutdruck niedriger als 90 oder diastolischer niedriger als 60.

65: Alter mehr als 65

Andere Punkte: NGO PT

- N: hyponatriämie niedriger als 130
- G: Hyperglykämie mehr als 250
- O: Sauerstoffpartialdruck niedriger als 60
- P: PH niedriger als 7.35
- T: Temperatur mehr als 38.5

****Interpretation:**

- **0:** Ambulant, aber „Second Look“ nach 2 Tagen ist empfohlen.
- **1-2:** Stationäre Behandlung ist empfohlen.
- **3-4:** eine Intensive Therapie ist erforderlich.

Therapie:

- 1) Bettruhe
- 2) Atemtraining
- 3) Anti-Pyretika beim Fieber mehr als 38.5
- 4) Ausreichende Nahrung und Flüssigkeitszufuhr.
- 5) Beim Atemnot: Sauerstoffgabe per Nasenbrille.
- 6) Antibiotika.

Antibiotika:

Ambulant-erworbene Pneumonie:

*Ambulante Behandlung:

A) Keine Vorerkrankungen Und eine Einnahme von Antibiotika in den letzten 3 Monaten einhergehend mit milde Symptome:

DM: Doxycyclin oder Makrolid

B) Komorbidität oder Einnahme von Antibiotika in den letzten 3 Monaten:

A CML: Azithromycin+ Ceftriaxone, Moxifloxacillen oder levofloxacillen.

*Stationäre Behandlung:

Ampicillin-Sulbactam mit Azathioprin

Nosokomial erworbene Pneumonie:

Piperacillin mit Tazobactam 4,5 g x 3 mal täglich

Herzrasen

S: keine

O: s.o

C:

Sind die Beschwerden dauerhaft da, oder gehen Sie wieder weg?

Wie lange dauert so ein Anfall?

R: keine

A: 4 Hauptsachlich symptome:

- Ist Luftnot aufgetreten?
- Haben Sie Brustschmerzen?
- Ist Ihnen Schwindelig?

- War Ihnen Ohnmächtig?

1) Phäochromozytom

- Haben Sie bemerkt, dass Kopfschmerzen, schweißausbrüche und engegefühl in der Brust gleichzeitig mit dem Klopfen auftreten?
- Erbleichen Sie bei deartigem Klopfen?

2) Schilddrüsenüberfunktion

- Zittern Ihre Hände?
- Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Sie Nervosität, Unruhe oder Schlafstörungen haben?
- Haben Sie Konzentrationsschwäche?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Haben Sie selchtes Vertragen von Hitze?
- Haben Sie Durchfall?

3) Stress

Müssen Sie Häufig Wasserlassen?

4) Herzversagen

Haben Sie geschwellene Beine ?

5) Wechseljahr

- Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?
- Haben Sie Ausbreitung von plötzlicher Hitzewelle über Gesicht, Hals und Oberkörper bemerkt?
- Haben Sie Regelmäßiger Menstruationszyklus?
- Haben Sie Brust Beschwerden?
- Haben Sie Haarausfall?

6) Essen und trinken

- Haben Sie bemerkt, dass die Aufnahme von bestimmten Lebensmitteln zum Herzklopfen führt?
- Trinken Sie zu viel Kaffee?

T: s.o

E: s.o

Vorerkrankungen

- Hatten Sie so etwas schon einmal?
- Hatten Sie als Kind angeborene Herzfehler?
- Hatten Sie als Kind häufige Eitrige Mandelentzündungen
- Hatten Sie als Kind Rheumatisches Fieber?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Halsschmerzen bei Infektiöser Mononukleose (Pfeiffer-Drüsenfieber) oder andere Symptome dieser Erkrankung

S: Keine

O: s.o

C:s.o

R: s.o

A:

- Haben Sie Fieber, wer hat Ihre Temperatur gemessen?
- Haben Sie Kopfschmerzen?
- Wie fühlen Sie sich in allgemein? Leiden Sie unter Müdigkeit?
- Haben Sie Halsschmerzen?
- Haben Sie Schluckbeschwerden?
- Haben Sie Appetitlosigkeit?
- Haben Sie weitere Symptome wie Mundgeruch?
- Müssen Sie häufig *Flüssigkeit trinken?*
- *Haben Sie Ausschlag im Bereich Ihrer Schleimhäute bemerkt?*
- Haben Sie Hautausschlag (papeln) ,der vor allem an den Armen und am Körperstamm auftritt?
- Haben Sie Husten?
- Haben Sie probleme, Luft zu bekommen?

- Haben Sie Bauchschmerzen?
- Hat sich die Farbe Ihrer Ausscheidungen verändert?
- Hat sich die Farbe Ihres Urins verändert?
- Hatten Sie schon Bluttransfusion?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- Haben Sie Nachtschweiß ?

T: s.o

E: s.o

S: s.o

Sexuelle Anamnese: s.o

Diskussion:

-Der Virus infiziert Die B Zellen, Leberzellen und die Mandeln, und der Körper reagiert mit Splenomegalie und produziert atypische CD-8 T Lymphozyten

-Assoziierte Krankheiten:

- 1- Burkitt Lymphom
- 2- Nasopharyngeal Karzinom

Die Übertragung kann durch Küssen oder Bluttransfusion auftreten

Die Inkubationszeit beträgt circa 30-45 Tage, die Müdigkeit kann bis zum einigen Monate anhalten.

Komplikationen:

- 1- Neurologisch: Enzephalitis, Anfälle, periphere Neuropathien, Hirnnervenlähmungen
- 2- Hämatologische: A) Granulozytopenie B)Thrombozytopenie C) Hämolytische Anämie

- 3- Milzruptur: Daher kein Kontaktsport für 3 Wochen
- 4- Obstruktionen der oberen Luftwege

Diagnosestellung:

- A) Heterophiler Antikörper Test
- B) EBV serologische Tests
- C) HIV Enzymimmunoassay
- D) Blutbild
- E) Aminotransferasespiegel
- F) Sonographie des Abdomens (Hepatosplenomegalie?)

Differentialdiagnose:

Streptokokkenpharyngitis, Primäre HIV infektion

Therapie:

- Supportive Behandlung
- Kortikosteroide bei schwerem Verlauf

Transitorische ischämische Attacke/ Schlaganfall

S:

Können Sie mir sagen, wo Sie genau die Symptome hatten?

O:

Wie lange hat das gedauert? (Bei TIA)

Wann waren Sie zuletzt beschwerdefrei?

Können Sie bitte mir beschreiben, wie die Symptome aufgetreten sind, haben Sie eher plötzlich oder langsam begonnen?

C:- Keine

R:- Keine

A:

- Hatten Sie irgendwo ein Taubgefühl oder Probleme beim Empfinden?
- Hatten Sie irgendwo eine Schwäche oder Lähmung?
- Hatten Sie Sehstörungen? Was ich meine, ein verschwommenes Sehen oder einen Teil des Umfelds, den Sie nicht sehen können?
- Hatten Sie Hörstörungen? Was ich meine hier, Ohrenklingen oder Hörverlust?
- Hatten Sie in diesem Anfall eine Sprachstörungen? Z.B stockende, abgehackte Sprache, oder falsche verwendung der Buschtabe? Oder gar nicht sprechen Können?
- Hat sich Ihr Gang verändert? Z.B Gangunsicherheit
- Waren oder ist Ihnen Schwindelig? Wenn ja, Können Sie mir beschreiben, was Sie sich gefühlt haben? Fühlen Sie sich dass Sie ein Karussell fahren?
- Hatten Sie einen Anfall? Unwillkürliche ruckartige Bewegung?
- Ist Ihnen Übel?
- Haben Sie erbrochen?
- Hatten Sie Schluckbeschwerden?
- Hatten Sie Heiserkeit?
- Haben Sie Probleme beim Lesen oder Schreiben oder Rechnen?
- Hatten Sie Probleme, Luft zu bekommen?
- Hatten Sie Probleme, Wasser zu halten?
- Hatten Sie in letzter Zeit Kopfschmerzen?
- Hatten Sie weitere andere Symptome, Z.b Hautausschlag, Fieber, oder Veränderung der Urinfarbe?
- Hatten Sie einen Unfall?

T: s.o

E: s.o

Symptome abhängig von der betroffenen Arteria

Vordere Hirnschlagader (Arteria Cerebri Anterior)	Vordere und Mediale Gehirnkortex	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kontralaterale beinbetonte Hemiparese 2) Harninkontinenz 3) Verwirrtheit und Schlechtes Urteilsvermögen 	
Mittlere Hirnschlagader (Arteria Cerebri Media)	Untere und laterale Hirnrinde	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kontralaterale Hemiparese 2) Aphasie (Dominante Hemispäre) 3) Neglect (nicht Dominante Hemispäre) 4) Apraxie 5) Kontralaterale Homonyme Hemianopsie 	
Hintere Hirnschlagader (Arteria Cerebri Posterior)	Hintere Hirnrinde	Kontralaterale Homonyme Hemianopsie außer Makular, Desorientierung	
Augenschlagader (arteria Ophthalmica)	Augen	Monokularer Sehverlust	
Arteria Thalamostriatae	Striatae und innere Kapsel	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kontralaterale Hemiparese 2) Sensibilitätsstörung 	Wegen Hochblutdruck
Arteria Spinales Anterior	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lateraler Kortikospinalkordel 2) mediale Schleifenbahn (Lemniscus medialis) 3) Unterzungennerv(Nervus Hypoglossus – versorgt Muskulatur der Zunge 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Kontralaterale Hemiparese 2- Ipsilaterale Hypoglossusparese 3- die Zunge weicht zur Krankenseite ab 4- Sensibilitätsstörung (Vibration) 	Medialis medulläres Syndrom

Arteria cerebellaris inferior posterior	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nucleus Vertebralis 2) Tractus spinothalamus 3) Nucleus Ambiguus 4) Hals sympathikus 5) Untere Kleinhirnstiel 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erbrechen, Schwindel und Nystagmus 2) ipsilateraler Verlust von Schmerz und Temperatur des Gesichtes und Kontralaterales Körperes 3) Geschmacksstörung, Heiserkeit und Schluckbeschwerden, verminderter Würgridreflex 4) Pupillenverengung und Herabhängen des Oberlids 5) Ipsilaterales Horner Syndrom 6) Ataxia, dysmetria 	Wallenberg Syndrom
Arteria cerebellaris inferior anterior	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nuclei Vestibularis 2) N. Fazialis 3) N. Vestibulocochlearis 4) Mittel und untere Kleinhirnstiel 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erbrechen, Schwindel und Nystagmus 2) Fazialisparese 3) Verminderte Tränen Sekretion 4) Verminderter Speichelfluss 	Lateralis pontine syndrome
Arteria Basilaris (Hirnbasis Schlagader)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untere Mittelhirn 2) Hirnbrücke 3) Rückenmark 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bewusstlosigkeit 2) Tetraparese 3) Patient kann blinken und die Augen Vertikal bewegen 	Locked-in-syndrom Oder Gefangensein syndrom

Risikofaktoren:

- 1- Alkoholkonsum
- 2- Nikotinkonsum
- 3- Hypertonie
- 4- Diabetes Mellitus
- 5- Dyslipidämie
- 6- Adipositas
- 7- Hyperkoagulabilität

Ätiologie

- 1) Kardioembolisch bei Herzrhythmusstörung (Vorhofflimmern)
- 2) Arterio-arterielle embolische Genese bei Stenosen der Arterien
- 3) Mikroangiopathisch bei arterieller Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes Mellitus
- 4) Vaskulitis
- 5) Thrombophilie

Differenzial diagnose

- 1) Hypoglykämie
- 2) Migräneaura
- 3) Postiktale Todd Parse

Diagnose

Notfallmäßige Diagnostik:

Anamnese und klinische Untersuchung

CT und ggf. mit CTA

Ggf. MRT

Labor

Im Verlauf :

Echokardiographie

Langzeit-EKG

Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße

Ggf. Lumbalpunktion

Komplikation: Risiko von Schlaganfall in den nächsten 2 Tagen

Therapie:

Notfallmäßig:

Bei Vorstellung innerhalb von 4,5 Stunden vom Symptombeginn und fehlender Kontraindikationen (demarkierter Infarkt im CT, Einnahme von oraler Antikoagulation, Operation oder Schlaganfall in den letzten 3 Monate, Sturz auf den Kopf in der letzten Zeit), dann sollte eine Thrombolyse mit Alteplase erfolgt werden, bei Verschlüsse der Arteria sollte auch eine Thromokotomie veranlasst werden, dann Aufnahme auf Überwachungsstation und nach 24 Stunden CT Verlaufskontrolle und bei Verschlechterung eher.

Im Verlauf Schlaganfallprophylaxe:

- 1- Statine + Thrombozytenaggregationshemmer
- 2- In Karidale Emoboliequellen: Antikoagulation

Was für Patienten, die keine Chirurgie brauchen?

Jährliches Ultrashall für Hals + Statine + Aspirin

Differentialdiagnose

Hypertensive Enzephalopathie

Augenspiegel:

- 1- Silberdraht arterien
- 2- Flammenförmige Blutung
- 3- Cotton wool Herde
- 4- Arteriovenöse Kreuzungszeichen

Hypertensive Blutung:

- 1) Stammganglien
- 2) Kleinhirnkerne

- 3) Thalamus
- 4) Pons
- 5) Kortikale Blutung

Migräne (Kopfschmerzen)

S:

- S.o
- Haben Sie einseitige oder beidseitige Kopfschmerzen?

O: S.o

C: S.o

R: s.o

A: hier wird nach der Symptome der möglichen anderen Diagnose gefragt

1) Meningitis

- Haben Sie Fieber?
- Haben Sie Nackensteifigkeit?
- Haben Sie Lichtscheu oder Lärmcheu ?
- Haben Sie Rückenschmerzen?
- Hatten Sie in letzter Zeit Kontakt zu infizierten Personen?
- Haben Sie einen Zeckenbiss bemerkt?
- Wann war das letzte mal, in dem Sie geschwommen haben? Wo haben Sie geschwommen?
- Waren Sie in einem Ort, wobei es Rehe, Igel oder Schafe gab?
- Haben Sie Rohmilchkäse oder nichtpasteurisierte Milch in letzter seit aufgenommen?
- Haben Sie Gliederschmerzen?

2) Migräne oder Raumforderung

- Ist Ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?

- Haben Sie Sehstörungen (Z.B einen Teil des Umfelds, den Sie nicht sehen können oder Flimmern vor den Augen)?
- Hatten Sie Sprachstörungen (stockende abgehackte Sprache, falsche Verwendung der Buschtaube oder gar nicht sprechen können?)
- Haben Sie irgendwo Schwäche, Lähmung, Taubheitsgefühl oder Kribbeln?
- Haben Sie bemerkt, dass derartige Symptome Ihrem Kopfschmerzen vorangehen?
- Haben Sie Durchfall?
- Leuchten bei Ihnen eine bläue-Gelb Lichtblitze (wie ein Feuerwerk), wenn Sie Ihre Augen Schließen?
- Haben Sie Bemerkt, dass ein Teil Ihres Gesicht röter als gewöhnlich ist?
- Haben Sie Hörstörungen? (Hörverlust oder Ohrenklingen)?
- Hat sich Ihr Gang in letzter Zeit verändert? Z.B Gangunsicherheit?
- Haben Sie verkrampft?

3) Clusterkopfschmerzen

- Haben Sie Augenrötung oder Augentrnen?
- Haben Sie Verstopfung Ihrer Nase oder Nasenlaufen?
- Haben Sie vermehrte Schwitzen im Bereich von Stirn und Gesicht?
- Haben Sie Schwellung Ihrer Augenlider bemerkt?
- Haben Sie Bewegungsdrang gleichzeitig mit den Schmerzen?

4) Idiopathische Intrakranielle Hypertension

- Ist Ihnen Schwindelig?

5) Erkältung oder Grippe

- Sind Sie erkältet?
- Haben Sie Husten?
- Haben Sie Halsschmerzen?

6) Flüssigkeitsmangel:

-wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?

7) Schlafmangel:

- Schlafen Sie gut?
- Haben Sie Konzentrationsschwäche?

8) Phäochromozytom:

- Haben Sie Schweißausbrüche und Herzklopfen bemerkt?

9) **Zahnkaries:**

-Haben Sie Zahnschmerzen?

10) **Unfall**

Hatten Sie einen Unfall ?

11) **Hypophysenadenom**

Sexuelle Gesundheit ist für unser Wohlbefinden sehr wichtig, deswegen frage ich meine Patienten immer danach, wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:

- Haben Sie Libidoverlust?
- Haben Sie Schwierigkeit beim Geschlechtsverkehr?
- Für Männer: Haben Sie probleme zur Erektion zu kommen oder aufrechtzuerhalten?
- **Allgemeine Symptome:**
Haben Sie weitere Symptome: Z.B Bauchschmerzen, Gewichtabnahme, Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang.

T: s.o

E: s.o mit den folgenden Fragen:

- Sind die Schmerzen anhängig davon, ob Sie setzen, liegen oder stehen?
- Haben Sie bemerkt, dass Husten zur Verschlimmerung Ihrer Schmerzen führt?
- Haben Sie bemerkt, dass die Einnahme vom bestimmten Lebensmittels zu Schmerzen führt?

S: s.o

Diskusion

Die häufigsten Kopfschmerzen sind Spannungskopfschmerzen

Spannungskopfschmerzen:

- Dumpfe Kopfschmerzen
- Bandförmige Kopfschmerzen
- Beidseitig

- Keine Photo- oder Phonophobie

Behandlung:

Akut:

- nicht Steroidale Entzündungshemmer
- Acetaminophen

Chronisch

- Amitriptyline

Migräne:

- Einseitig , im Verlauf beidseitig
- Pulsierend
- Dauert bis 72 Stunden
- Begleitet von Phonophobie, Photophobie, Übelkeit oder Erbrechen
- Ggf. manchmal tritt Aura davor auf (Blitze, Kribbeln, Sprachstörung), die Aura dauert normalerweise nicht länger als 60 Minuten, dann tritt der Kopfschmerz auf .

Phasen Von migräne:

- 1) Prodromastadium:
Warnzeichen erkennbare Symptome (Z.B depressive Verstimmung, oder Übererregbarkeit oder Appetitlosigkeit.
- 2) Aura: Z.B Paresen oder parästhesien.
- 3) Kopfschmerz

Formen:

- 1) Einfache Migräne ohne Aura: Wie Migräne mit Aura aber ohne Aura
- 2) Klassische Migräne(mit Aura):
- 3) Komplizierte Migräne:

- Bezeichnet auftretenden neurologischen Störung, die länger als klassische Migräne dauert.
- Hemiplegische migräne
- Basilaris Migräne
- Ophthalmoplegische Migräne : mit Paresen im Versorgungsgebiet des Nervus oculomotoris
- Vestibuläre Migräne: dreh und Schwankschwindel.

Therapie:

- Akut:
 - für Übelkeit und Erbrechen: Metchloropromide
 - für die Schmerzen:
Bei leicht bis mittelgradig: Ibuprofen, Metamizol oder Paracetamol
Bei schwerer Attacke: Sumatriptan (Kontraindiziert bei Z.n Herzinfarkt oder Schlaganfall oder Schwangerschaft)
- Prophylaxe
 - 1) >4 Male/Monat
 - 2) >12 Stunden
 - 3) Beeinträchtigung des Lebens
 - 4) Abusus der akuten Medikamente

Migräneprophylaxe

 - 1) Beta Blocker
 - 2) Valproinsäure
 - 3) Topiramat
 - 4) Amitryptiline
 - 5) Kalzium Kannal Blocker

Cluster Kopfschmerzen

Symptome:

- Bis 8 mal pro Tag
- Dauert von 15-30 min
- Typischerweise treten die Schmerzen Nachts oder in den frühen Morgenstunden auf.
 - 1) Horner Syndrom
 - 2) Verstärkter Tränenfluss
 - 3) Verstärkter Gefäßzeichnung der Konjunktiva
 - 4) Rhinorrhö
 - 5) Hyperhidrosis im Gesicht
 - 6) Lidödem

Behandlung:

Akut:

Sumatriptan und 100% Sauerstoff

Prophylaxe:

Verapamil

Meningitis

- 1) Bakterielle Meningitis
 - a) Eitrige :
 - Meningokokken (Neisseria)
 - Pneumokokken
 - Staphylokokken
 - Listerien
 - b) Nicht eitrige: betritt als begleiterscheinung einer Infektösen allgemeinerkrankungen:
 - Berreliose
 - Tuberkulose
 - Syphilis
 - Brucellose
 - Leptospirose

2) Aseptisch:

- A) Viren: Herpesviren oder frühsommer meningoenzephalitis
- B) Pilze: Cryptokokkus Neoformans)

Diagnose:

1) Laborwerte und Blutkultur

2) Lumbale Punktion

3) CT

4) MRT mit venöser Darstellung

Bei Hinweise auf Raumforderung (Papillenödem, Krampfanfall, fokale neurologische Defizite, Verwirrheitszustand) dann Antibiotika dann CT, ansonsten LP dann Antibiotika dann CT

Empirische Behandlung: Ceftriaxon, Ampicillin und Aciclovir

Frühsommer- Meningoenzephalitis:

- Erreger: FSME Virus
- wird durch Zeckenstich übertragen (Vektor).
- Das Erregerreservoir befindet sich vor allem bei Rehe, kleine Nager, Igel, und Schafe.

Übertragung durch infizierten Milch ist auch möglich

- Die Inkubationszeit beträgt circa 10 Tagen, kann bis zum 14 Tagen betragen.
- 2/3 sind asymptomatisch
- In symptomatischen Personen gibt es 2 Phasen:
 - 1) Primärstadium: Gliederschmerzen und Kopfschmerzen mit subfebrilen Temperaturen (Grippeähnliche Symptome)
 - 2) Sekundärstadium: nach 20 Tagen der Infektion, Meningitis, Enzephalitis und Myelitis

Diagnose: spezifische IgM aus Liquor cerebrospinalis oder Blut oder:

- 1) Nachweis von Intrathekal gebildeten spezifischen Antikörpern.
- 2) Nachweis der Erreger DNA durch PCR aus Blut oder Liquor.
- 3) Titeranstieg zwischen zwei Proben.

Therapie:

-Sicherung der Vitalfunktionen.

Prophylaxe

- Impfung

Epilepsie: Hier ist die Benutzung von Socrates erschwert, daher besteht die Anamnese aus allgemeinen Fragen, dann Fragen über die Zeit vor, während und nach dem Anfall

- 1) Wie häufig traten die Anfälle bisher auf?
- 2) Wann kam es zum ersten Mal zu einem Anfall oder den besonderen Ereignissen?
- 3) Liefen die Ereignisse nach einem bestimmten Muster ab? Oder gab es Veränderungen?
- 4) Trat der Anfall Morgens, Mittags, Abends oder Nachts auf?
- 5) War Irgendjemand mit Ihnen?

Vor dem Anfall:

- 1) Womit waren Sie sich vor dem Anfall beschäftigt?
- 2) Können Sie sich erinnern, was direkt vor dem Anfall passierte?
- 3) Gab es mögliche Anfallsauslöser? (Schlafmangel, Alkoholentzug, andere Krankheiten, ungewöhnliche Stress oder sonstige Besonderheiten) ?

4) Hatten Sie einen Unfall vor dem Ereignis?

Während des Anfalls:

- 1) Was genau trat bei dem Anfall auf? Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen?
- 2) Und was haben dabei gemacht?
- 3) Sind die Verkrampfungen nur an einer Extremität? Oder am gesamten Körper?
- 4) Wie lange dauerte diese an?
- 5) Sind Sie dabei auf dem Kopf gestürzt?
- 6) Kommt es zeitgleich mit dem Anfall zu Sprachstörungen, kognitiven oder affektiven Störungen?
- 7) Haben Sie sich auf die innere Wangen oder Zunge gebissen? Welchen Teil Ihrer Zunge haben Sie gebissen? Die Spitze oder die Seiten Ihrer Zunge?
- 8) Haben Sie währenddessen unkontrollierten Urin/Stuhlabgang bemerkt?
- 9) Haben Sie den Anfall mitgekriegt, oder hat jemand Ihnen davon erzählt?

Nach dem Anfall:

- 1) Was haben Sie nach dem Anfall gemacht?
- 2) Haben Sie Ihr Bewusstsein verloren? Oder war Ihnen schwindelig?
- 3) Gab es Beschwerden direkt nach dem Anfall? (Harndrang, Stuhldrang, Kopfschmerzen, Lähmung, Sprachstörungen, Übelkeit/ Erbrechen oder Verwirrtheit)?

Zurzeit:

- 1) Haben Sie zurzeit Schwäche in den Armen oder Beinen?
 - 2) Merken Sie zurzeit Sprachstörungen oder Gangstörungen?
-

Epilepsie

Gruppe von Funktionstörungen des Gehirns, die durch ein Zusammenspiel (cooperation) aus pathologischer Erregungsbildung (conduction system) oder fehlender Erregungsbegrenzung in der Zellen des ZNS entstehen.

- Mindestens zwei nicht provozierte Anfälle im Abstand mehr als 24 Stunden.
- Oder 1 unprovoked Anfall mit auffälligem EEG oder auffälliger Bildgebung

Anfall	Epilepsie
Isolierte klinisches Ereignis	Die Erkrankung, die mit Spontan wieder aufgetretenden Anfällen assoziiert ist.

Formen:

1) Fokale: die überregung auf ein Areal beschränkt bleibt.

A) Einfach B) kompliziert

- **Mit motorischen Störung:**

- 1) Automatismen
- 2) Myoklonische Anfälle

- **Ohne motorische Störung:**

- 1) kognitive Anfälle
- 2) emotionale Anfälle
- 3) sensorische Anfälle
- 4) Autonome Anfälle

2) Generalisierte: die Anfallzeichen Erstrecken (spread) sich über die Beide Hemisphären.

- 1) Tonische-klonische
- 2) Klonische Anfälle
- 3) Tonische Anfälle
- 4) Myoklonische Anfälle
- 5) Atonische Anfälle
- 6) Absencen Anfälle

Ätiologie für sekundäre Anfälle:

- 1) Hirngewebesfehlbildung (Dysplasien)
- 2) Zerebrale Gefäßmissbildung (Hämangiome, Aneurysmen)
- 3) Raumfordernde Prozesse (tumoren)
- 4) Schädel-Hirn Trauma
- 5) Infektiöse Enzephalitiden
- 6) Vaskuläre Enzephalopathie
- 7) Hypoxien
- 8) Hypoglykämie
- 9) Alkoholentzug

Diagnosestellung

EEG, cMRT mit Kontrastmittel oder CT, ggf. LP , Laborwerte

Differentialdiagnosen:

- 1) Synkopen
- 2) Psychogene Anfälle
- 3) TIA
- 4) Migräne
- 5) Kataplexie
- 6) Narkolepsie

Therapie:

-Akut: Sicherung der Vitalparameter, Lagerung und Atemwege

-Notfall: Diazepin, Lorazepam oder Clonazepam

Prophylaxe

Drogen	Fokale	Generalisierte	Abse-ncen	Status	Andere	Mechanismus	Nebenwirkungen

Ethosuximide	0	0	1	0	0	Verringerung der Spannungsabhängigen Calcium Kanäle vom T-Typ im intralaminären Nucleus des Thalamus	EFGHIJ 1) Müdigkeit 2) Magen-darm Beschwerden 3) Kopfschmerzen 4) Jucken 5) Steven-Johnson Syndrom
Valproat / Valproinsäure	1	Erstelinie	1	0	Für Myoklonische, Migräne prophylaxe und Bipolare Störung	1) Verstärkung der Gabaergen Aktivität 2) Verringerung der Spannungsabhängigen Calcium Kanäle vom T Typ im intralaminären Nucleus des Thalamus 3) Erhöhung der Inaktivierung der Natriumkanäle	1) Magen-darm Beschwerden 2) Pankreatitis 3) Hepatotoxizität 4) Gewichts- zunahme 5) Zittern
Phenytoin	1	1ste Linie	0	Prophylaxe	0	Phenytoin Blockierte Natrium Kanäle	1) Nystagmus 2) Ataxie 3) Diplopie (doppelt-sehen) 4) Periphere Neuropathie 5) Hirsutismus 6) Gingivahyperplasie 7) Megaloblastische Anämie 8) Granulozytopenie

							<ul style="list-style-type: none"> 9) Ststemischer Lupus erythematosus des ähnliche Symptome 10) Osteopenie
Carbamazepine	1ste Linie	1	0	0	Trigeminus Neuralgie	Carbamazepine Blockierte Natrium Kanäle	<ul style="list-style-type: none"> 1) Diplopie 2) Ataxie 3) Agranulozytose 4) Aplastische Anämie 5) Steven-Johnson Syndrom 6) SIADH (syndrom der inadäquaten ADH Sekretion)
Benzodiazepin	0	0	0	1ste Linie	Schwangerschaftskrämpfe	Verstärkung der GABAergungen Aktion	<ul style="list-style-type: none"> 1- Toleranz 2- Dependenz 3- Sedierung 4- Kardiorespiratorische Depression
Phenobarbital	1	1	0	0	1ste Linie in neugeborene	Verstärkung der GABAergungen Aktion	Wie Vorstehend
Vigabatrin	1	0	0	0	0	Zunahme des Neurotransmitters GABA	
Gabapentin	1	0	0	0	0	Blockierte spannungsabhängige Calcium Kanäle	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ataxie 2) Sedierung
Topiramaten	1	1	0	0	0	NAGA <ul style="list-style-type: none"> 1) Blockierte Natrium Kanäle 2) Erhöhung der 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Sedierung 2) Kognitive Störung 3) Nierensteine

						Gabaeregen Aktion	4) Gewichtab- nahme
Lamotri- gin	1	1	1	0	0	NAGLU 1) Blockierte Natrium Kanäle 2) Blockierte Glutamate	Steven-johnson
Levitirac- etam	1	1	0	0	0		
Tiagabin	1	0	0	0	0	Zunahme des Neurotransmitters GABA	

- Wann Kann ein Patient mit Epilepsie die Prophylaxe absetzen?
 - 1) Keine Anfälle für mehr als 2 Jahren
 - 2) Normales EEG
 - 3) Keine Krampfanfälle in der Familie
- **Status Epilepticus:** mehr als 30 min, aber weil das Risiko der Verletzung des Gehirns nach 5 min steigt, wird diese nach 5 Minuten behandelt
- **Wichtig:** Patient mit z.n Krampfanfall darf kein Auto fahren, der Dauer hängt vom Verlauf ab.

Deutsch-Jordanischer Ärzteverband e.V.

Lumbale Rückenschmerzen

S: s.o

O : s.o

C: s.o

R: s.o

A:

1) Bandscheibenvorfall

- 1) Haben Sie eine Fehlbewegung gemacht?
- 2) Haben Sie Bewegungseinschränkung?
- 3) Sind Ihre Schmerzen Belastungabhängig oder Belastungunabhängig?
- 4) Haben Sie Sensibilitätsstörungen/ Gefühlsstörungen?
- 5) Haben Lähmungserscheinungen/ Schwäche an Ihrer Extremitäten bemerkt?
- 6) Haben Sie Blasen oder Mastdarmstörungen? Was ich meine, Verhaltung des Urins/ Verstopfung/ unkontrollierter Urinabgang oder Stuhlabgang

2) Osteomyelitis

- A) Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?
- B) Haben Sie Ein Krankgefühl?
- C) Haben Sie Appetitlosigkeit?

3) Prostatakarzinom:

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie zu/abgenommen?
- Irritative Symptome:
 - A) Müssen Sie häufig wasserlassen?
 - B) Haben Sie probleme wasser zu halten? Oder müssen Sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?
 - C) Haben Sie schmerzhaft Harnentleerung?
 - D) Welche Farbe hat Ihr Urin? Klar oder Blutig?
- **Obstruktive Symptome:**
 - A) Haben Sie abgeschwächten Harnstahl bemerkt?
 - B) Haben Sie Startverzögerung der Harnentleerung?
 - C) Haben Sie Tropfen nach dem Wasserlassen bemerkt?
 - D) Haben Sie Überbrechung des Harnstahls bemerkt?
 - E) Müssen Sie beim Wasserlassen warten, bis der Harnstahl sich lost?

4) Anylosierend Spondylitis

- A) Haben Sie Bauchschmerzen?
- B) Haben Sei MorgenMuskelkater bemerkt?
- C) Haben Sie Gelenkschmerzen?

5) Osteoporose:

- A) Sind die Schmerzen nach einem leichten oder starken Sturz aufgetreten?
- B) Essen Sie ausreichend Lebensmittel, die Calcium und Phosphaten enthalten? (Milch, Milchprodukte, Spinat)
- C) Nehmen Sie Vitamin D Supplemente ein?

6) Metastasen vom Gehirn oder Lungen:

- 1) Haben Sie erbrochen?
- 2) Haben Sie verkrampft?
- 3) Haben Sie in letzter Zeit Gangunsicherheit?
- 4) Haben Sie Kopfschmerzen?
- 5) Haben Sie Probleme Luft zu bekommen?
- 6) Haben Sie Husten?

T: s.o

E:s.o

S: s.o

Bandscheibenvorfall

Plötzliche oder langsame zunehmende Verlagerung von Gewebe des Nucleus Pulposus der Bandscheibe, nach dorsal oder zur den Seiten, wobei es zur Kompression des Rückenmarks und der Nervenwurzeln kommen kann.

- Pathogenese: degenerative Veränderungen der Zwischenwirbelscheibe kommt es zu Einrissen des Anulus Fibrosus.

L4 Syndrom: L3-L4

Symptome:

- 1- Schmerzen im entsprechenden Dermatome:
 - A) Streckseite des Knies
 - B) Ventrolaterale Seite des Oberschenckels
 - C) Ventromediale Seite des Unterschenckels

- 2- Bei ausgeprägter Wurzelläsion werden zusätzliche Sensibilitätsstörung angegeben.
- 3- Motorische Störung: Muskulus Quadriceps Femoris wird betroffen;
 - A) Extension im Knie Gelenk ist in diesem Fall stark eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich.
 - B) Flexion im Hüftgelenk ist vermindert.
 - C) Die Funktion der Adduktoren ist ebenfalls eingeschränkt.

- Ausgelöst durch ungewohnte Bewegung, Husten, Niesen oder Bauchpresse.
- Diagnose: verminderte Patellarsehnenreflex + MRT + Röntgenaufnahme

Therapie: Konserativ und ggf. Operative Versorgung

- **L5 Syndrom (L4-L5)**

Symptome:

- 1) Sensibilitätsstörung:
 - A) Dorsal Seite des Oberschenkels
 - B) Außen Seite des Knies
 - C) Ventrale und laterale Seite des Unterschenkels
 - D) Fußrücken und Großzehe
- 2) Motorische Störung:
 - 1- Musculus Extensor Hallucus Longus
 - 2- Musculus Tibialis Anterior
 - 3- Musculus Gluteus Medius
 - A) Fuß und Großzehe kann nicht angehoben werden
 - B) Inversion und Addektion ist betroffen auch.

Osteomyelitis

- Akut oder chronische Entzündung des Knochens und Knochenmarks
 - Akut: Stapylokokkus
 - Chronisch: S. epidermisis + E-coli + Pseudomonas arguinosa
- Ätiologie:

- 1) Exogene: posttraumatische oder postoperative
- 2) Hämatogene Osteomyelitis

Typische Erreger:

- **<2 Monate:** Gruppe B von Staphylokokkus
- **2 M- 4 J:** Kingella
- **>4 J:** Staphylokokkus Aureus
- **Postoperative:** s.epidermidis
- **Nach Hund/Katzbisse:** Pasturella multocida
- Symptome: die betroffene Seite sind gerötet, Warm und geschwollen.

- **Diagnose:** zuerst Röntgenbild+ BSG

Wenn Röntgen unauffällig ist, aber BSG erhöht ist, dann wird ein MRT veranlasst.

Ggf. Skelettszintographie

Pasturella Multicoida:

Nach Katzbisse:

- Offene Behandlung + Augmentin
- Tetanusimpfung in den folgenden Fällen: A) nicht geimpft B) letztes Impfen ist seit mehr als 5 J

Osteomyelitis der Wirbelsäule: 1) I.V Drogen Missbrauch 2) Sichelzelle Anämie 3) Immunogeschwächt Patient (IM IV Sickle)

Prostatakarzinom: Maligne Neoplase

- Genetische Faktoren spielen eine wichtige Rolle.
- Meist der Patienten sind Asymptomatisch, bei fortgeschritten Tumoren:
 - 1) Pollakisurie
 - 2) Dysurie

- 3) Schwacher Harnstahl
 - 4) Nachtropfen
 - 5) Überbrechung des Harnstahls
 - 6) Erektionstörung
 - 7) Hämaturie
- Knochen Metastasen: 1- pathologische Frakturen 2- Cauda-equina Syndrom
 - Lymphknoten Metastasen:
 - 1) Lymphödem des Beins
 - 2) Lymphödem des Hodensacks
 - Diagnose: zuerst digitale-Rektale Untersuchung + Prostata spezifischen Antigen, wenn PSA erhöht ist, dann muss eine transrektale Sonographie und Biopsie veranlasst werden.
 - Ggf. MRT
 - **Therapie:**
 - 1) Leuprolide
 - 2) Ketokonazole
 - 3) Flutamide
 - 4) Orchiektomie

Ankylosierende Spondylitis: Seronegative chronische entzündliche Erkrankung

Symptome:

- 1) Zuerst nächtliche Kreuzschmerzen (sacroiliac pain) mit Steife an der Iliosakralgelenke
- 2) Extravertebrale Arthritiden und Sehnenschmerzen (enthesiopathie)
- 3) Uveitis
- 4) Aortitis
- 5) Magenbeschwerden

Therapie: TNF-Hemmer

Osteoporose: gestörte Remodllierung der Knochen Substanz + Pathologische Mikroarchitektur

- Verminderte Knochendichte wegen des unkontinuierlichen Rückgang der Knochenmasse
- Frauen älter als 45 und Männer älter als 55

Ätiologie: Missverhältnis zwischen Knochenaufbau (Osteogenese) durch Osteoblasten und Knochenabbau (Osteolyse) durch Osteoklasten.

Sekundär Osteoporose:

- 1) Thyroxin
- 2) Phenotoin
- 3) Heparin
- 4) Setroide
- 5) Protonpumpenhemmer
- 6) Metformin
- 7) Schilddrüse Überfunktion
- 8) Hyperparathyreodismus
- 9) Multiples Myelom
- 10) Malabsorption Syndrome

• **Diagnose:**

- Ausschlussdiagnostik
- Osteodensitometrie

• **Therapie:**

- 1) Calcium
- 2) Vitamin D
- 3) Bisphosphonate
- 4) Denosumab (RANK L entgegenwirken)
- 5) Calcitonin (Nasensprak, Vertebralefrakturen vorzubeugen)
- 6) Östrogene (für Postmenopausale Frauen)
- 7) Raloxifen (Estrogen Rezeptoren in der Brustdrüse entgegenwirken)

Cauda Equina Syndrom	Conus Medullaris
Bilateral Starke radikuläre Schmerzen	Plötzliche Rückenschmerzen

Anästhesie des Sattels	Anästhesie des Sattels
Asymmetrische motorische Schwäche	Symmetrische motorische Schwäche
Unteres (zweites) Motoneuron Störung	Oberes (erstes) Motoneuron Störung + unteres Motoneuron Störung
Spätform Blasen/Mastdarm Störung	Frühform Blasen/Mastdarm Störung
Unter L2	

- Beide wird durch MRT diagnostiert und mit IV Stroide behandelt.

Pollakisurie

Allgemeine Anamnese über die Beschwerden:

- **S: Keine**
- **O: s.o**
- **C:**
- **R: Keine**
- **A:**

1- Haben Sie weitere Symptome beim Wasserlassen wie:

- A) Schmerzen beim Wasserlassen
- B) Unwillkürliches Wasserlassen?
- C) Veränderung der Urinfarbe?

D) Müssen Sie sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Urindrang verspüren?

6) Hatten Sie Fieber?

7) Bevor Sie solche Symptome haben, wie häufig müssen Sie normalerweise auf die Toilette gehen? Wann war das?

8) Haben Sie Unterbauch Schmerzen?

A) Psychogene Dysdipsie:

1) Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

2) Was trinken Sie?

3) Trinken Sie vor dem Schlafen gehen viel?

B) Diabetes Mellitus:

1) Haben Sie vermehrt Durst und Hunger?

2) Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft?

3) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?

4) Leiden Sie unter Sehstörungen?

5) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? Hautveränderungen wie:

- Frunkulose (Entzündung mehrerer Haarbälge)

- Juckreiz

- Verzögerte Wundheilung

6) Haben Sie Taubheitsgefühl oder Kribbeln in den Gliedern?

7) Leiden Sie unter Schmerzen in den Beinen? (Belastungsabhängig oder Belastungsunabhängig) ?

8) Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? Heilen diese schlecht ab?

C) Diabetes Insipidus

1) Hatten Sie einen Unfall, in dem Sie Ihren Kopf gestoßen haben?

2) Haben Sie verkrampft?

D) Hyperparathyreoidismus (Hyperkälzemie):

1) Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

2) Haben Sie Oberbauchbeschwerden?

3) Ist Ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?

4) Leiden Sie unter Knochenschmerzen? Hatten Sie in letzter Zeit Knochenbrüche?

5) Fühlen Sie sich häufig depressiv verstimmt?

6) Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeit?

7) Leiden Sie unter Muskelschwäche?

8) Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert?

E) Stress

- Haben Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen Stress?

F) Hyperthyreose

- 1) Haben Sie Herzrasen bemerkt?
- 2) Haben Sie schlechtes Vertragen der Hitze?

G) Akut Tubulär Nekros:

- Haben vor kurzem eine neue Medikammente eingenommen?

• **Für Frauen:**

- Haben Sie regelmäßiger Mestruationszyklus

• **Für Männer:**

- Haben Sie Probleme zur Erektion zu kommen?

- **T:**

Wie häufig müssen Sie auf die Toilette gehen?

Müssen Sie auch Nachts auf die Toilette gehen? Wie häufig?

Haben Sie kleine, normale oder große Urinmegne pro Ausscheidung?

E: s.o

S: keine

Diabetes Mellitus: Stoffwechsel Erkrankung, die auf Insulinresistenz oder Insulinmangel beruht.

Chronische erhöhte Blutzuckerspiegel.

Typs:

- 1) Primär Insulinabhängiger Diabetes Mellitus (Typ 1)
- 2) Nicht primär Insulnabhängiger Diabetes Mellitus (Typ2)

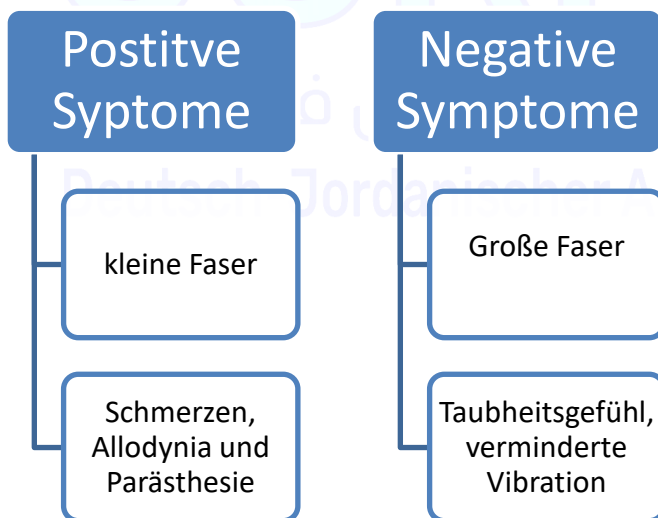
Typ 1	Typ 2
Beruht auf einem Mangel an Insulin, infolge einer Zerstörung der Insulinproduzierenden Beta-	<ol style="list-style-type: none"> 1) Veminderten Ansprechen der Körperzellen auf Insulin 2) Funktion einschränkung der Beta-Zellen.

Zellen in den Langerhanschen Inseln des Pankreas Ursache: 1) Virusinfektionen 2) Fehlsteuerung (mismatch) des Immunsystems	
---	--

Komplikationen:

- 1) Fußsyndrom: Ischämische und neuropathische
 - A) Neuropathische: Testing durch Monofilament Test
 - B) Ischämische: Testing durch Knöchel-Arm Index
- 2) Diabetische Nephropathie
- 3) Diabetische Retinopathie

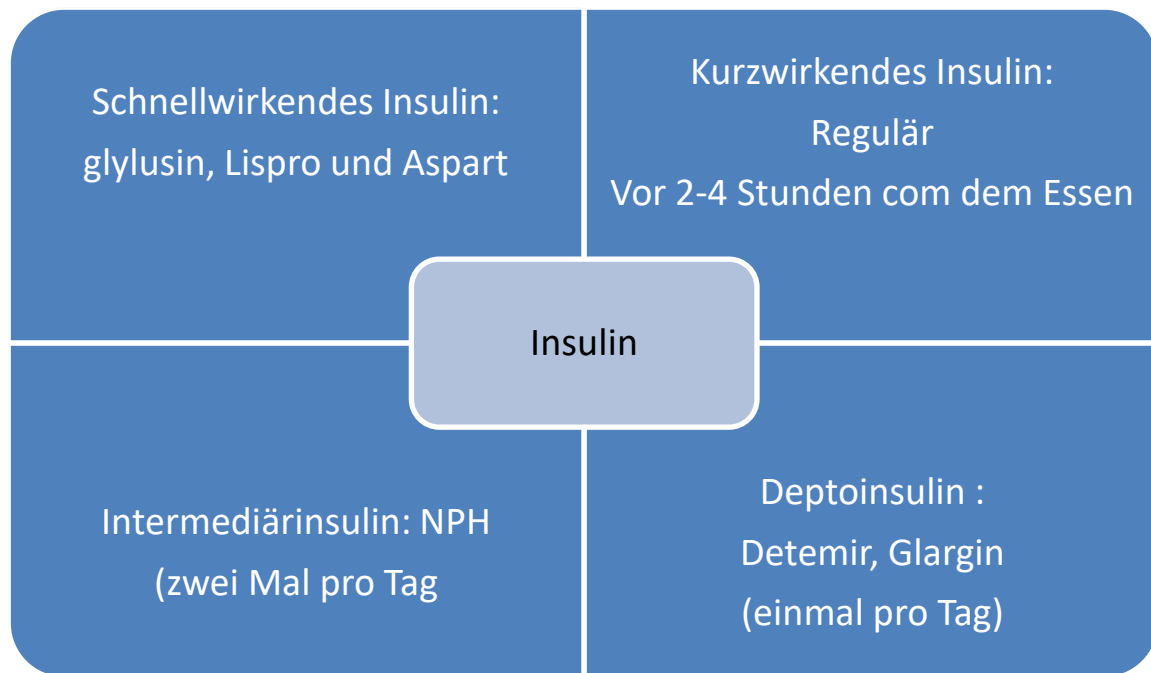
 - Neuropathie in DM



Diagnosestellung : eine der folgenden Messungen:

Bestimmung des Blutzuckers zu einem zufälligen Zeitpunkt	Normal: <140 mg Erhöhte Risiko: 140-200 mg DM: >=200 mg
Bestimmung des Nuchternblutzuckers	Normal: <100 mg Erhöhte Risiko: 100-126 mg DM: >=126 mg
Bestimmung des HBA1C Werts	Normal: <5.7 Erhöhte Risiko:5.7- 6.5 DM >=6.5
Oraler Glukosetoleranztest	Normal: <140 Erhöhte Risiko: 140-200 DM: >=200 mg
Weitere Diagnostik	1) Bestimmung des C-Peptides 2) Bestimmung des Urinzuckers

- Therapie



- Nebenwirkungen: 1) Hypoglykämie 2) Lipodystrophie
- Oral Antidiabetika

Drogen	Mechanismus	Nebenwirkungen
Metformin	1) Erhöht das periphere Ansprechen von Traubenzucker 2) Hemmer von Glykoneogenise 3) Erhöht Glykolyse	1) Gewichtabnahme 2) Verstimmt Magen 3) Laktatazidose besonders im Nierenversagen
Sulfonylharnstoff 1ste Generation: Chlorpropamide Talbutamide Zweite Generation: Glipizide (niedrigste Risiko davon von Hypoglykämie Glyburid Glimiperid	Schließen Kaliumkanäle der Beta-Zellen in Lagerhanschen Inseln	1ste Generation: 1) Hypoglykämie 2) Gewichtszunahme 3) Disulfiram Effekt Zweite Generation: Hypoglykämie
Glitazon	Binden zu Nukleartranskription Faktor PPAR- Gamma	1) Herzinsuffizienz 2) Erhöhung der Frakturen

	Und erhöht peripheres Insulinansprechen	3) Hepatoxizität 4) Gewichtszunahme
Miglitindis	Schließen Kaliumkanäle der Beta-Zellen	1) Gewichtszunahme 2) Hypoglykämie
GLP-1 Analog: Exantide Liraglutide (unterhaut)	1) Erhöht die Sättigung 2) Vermindert Magenentleerung 3) Erhöht die postprandiale Insulinsekretion 4) Vermindert Glykagonsekretion	1) Pankretitis 2) Erbrechen und Übelkeit 3) Gewichtsabnahme
DDP-4 Hemmer Linagliptin	Erhöht Glp1 Sättigung	1) Keine Wirkung Auf Gewicht 2) Harnwege Infektion 3) Respiratorische Infektion
Amylin Analog (Pramlintide)	Gas glu 1) Hemmer von Glykoneogenese 2) Vermindert Magenentleerung	1) Übelkeit 2) Hypoglykämie
Natrium-Traubenzucker Cotransporter Hemmer (gliflozin)	Hemmer von Traubenzucker resorption in proximales Konvolut	1) Schleimhaut Entzündung 2) Harnwege Infektion 3) Hyperkaliämie 4) Dehydratation .
Alpha-glukosidase Hemmer Acarbos Miglitol	Hemmer von Bürstsaummembran alpha-glukosidase	Magendarm Beschwerden

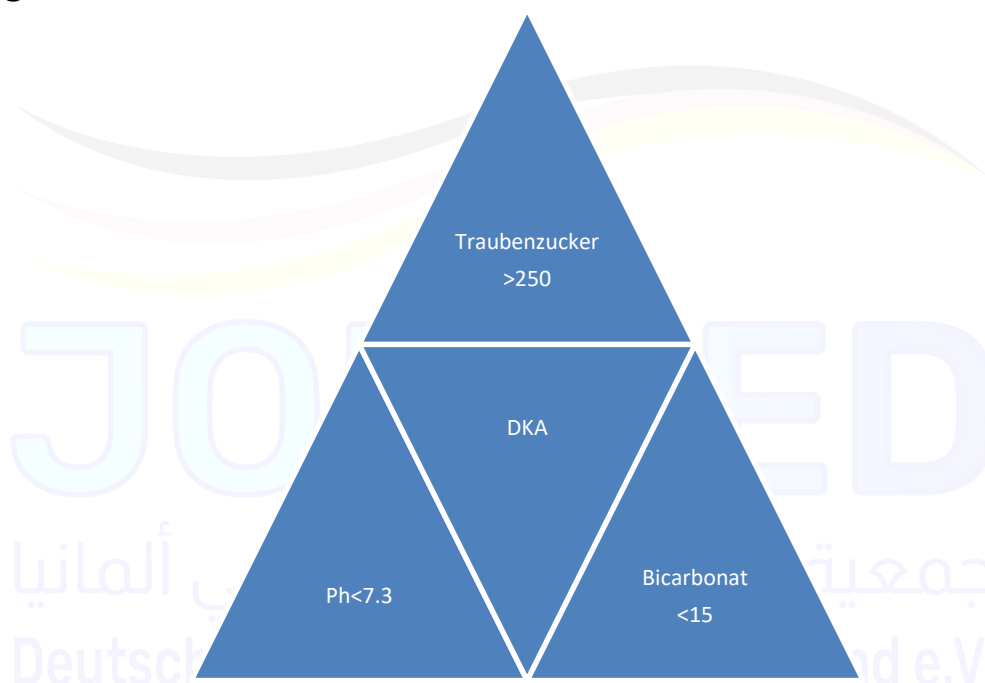
- Therapie der neuropathischen Schmerzen?
Gabapentin und Pregabalin
- Was sind die Nebenwirkungen von Pregabalin?
 - 1) Gewichtszunahme
 - 2) Flüssigkeitsansammlung

Verlauskontrolle

- 1) Füß: Täglich
- 2) Nieren: Jährlich
- 3) Augen: Jährlich, Polifrativ Retinopathie wird mit Bevacizumab und Fototherapie behandelt.

Diabetische Ketoazidose und Hyperosmolares Koma

- Diagnose:



- Prädominantes Keton: Beta- Hydroxybutyrat

Behandlung

Flüssigkeit	isotonische Kochsalzlösung	<ul style="list-style-type: none"> - Dextrose dazu wenn Zuckerspiegel ≤ 200 - Umstellung auf 0.45% Kochsalzlösung wenn
-------------	----------------------------	--

		wenn Natrium normal wird -
Insulin	Initial durchgehendes I.V insulin	Umstellung auf subkutane Insulin wenn: 1) Traubenzucker < 200 2) Patient essen kann 3) Bicarbonat > 15 4) Anion-lücke < 12
Kalium	Wenn im Labor < 5,2	Kein Insulin wenn K < 3,2
Phosphat		
Bicarbonat	Wenn 1) Bicarbonat < 15 2) Ph < 6.9 3) Schwere Hyperkaliämie	

- Verlaufskontrolle im Krankenhaus:
 - 1) Blutzucker stündlich
 - 2) Elektrolyten und Anion-Gap jede 2-4 Stunden.

- Beste Indikator für Therapie der DKA:
 - 1) Anion-Lücke
 - 2) Beta-hydrobutyriat

Diabetes Insipidus:

Ist eine Hormonmangelerkrankung, die durch extrem hohe Harnausscheidung vom 5 bis 25 Liter pro Tag und durch entstehendes Durstgefühl charakterisiert ist.

- Pathophysiologie: durch einen Mangel oder eine unzureichende Wirkung des Antidiuretischen Hormons kommt.
- Klassifikation:
 - 1) Diabetes insipidus centralis (neurohormonalis): Störung der ADH-Sekretion infolge einer Schädigung von Hypothalamus oder Hypophyse.

Ätiologie: 1) idiopathische 2) Tumoren 3) Traumen 4) Meningitis

- Laborchemisch Hyponatriämie
- 2) Diabetes insipidus renalis: Probleme in distaler Tubuli
- Natrium Normal

Diagnosestellung

- Natrium im Serum und Urin
- Serumosmolarität
- Urin Mangel
- Urinosmolarität

Behandlung

- A) centralis: Desmopressin Oral/Nasal
- B) Renalis: 1) Thiaziddiuretika 2) Indomethacin/ Ibuprofen (Prostaglandinsynthesehemmer)

Schilddrüsenüberfunktion:

Klassifikation:

- 1) Primär: Erhöhung von peripheren Schilddrüsenhormonen mit niedriger TSH
- 2) Sekundär: überschießenden (excessive) Anregungen durch eine erhöhte TSH-Aktivität.

- 3) Paraneoplastische
- 4) Medikamenten-induzierte hyperthyroese.

Diagnose:

- 1) Serum Konzentration von fT3, fT4
- 2) TSH Spiegel erniedrigt (thyreoidstimulierendes Hormon) außer bei sekundär.
- 3) Schilddrüsen Anti-Körper
 - A) TPO-AK (Thyreoperoxidase-AK).
 - B) TGAL (thyreoglobulin-AK)
 - C) TRAK
- 4) Dopplersonographie:
 - A) Vergrößerte Schilddrüsen.
 - B) Vermehrte Vaskularisierung
 - C) Inhomogenitäten
- 5) Szintigraphie: erhöhte Uptake von Isotopen.

Behandlung:

- 1) Thyreostatika: Methimazole, Thiamazol + β -Blocker
 - 2) Propylthiouracil+ β -Blocker
 - 3) Operative: Thyreidektomie, aber die Voraussetzung davon ist die Normalisierung der Werte. Und danach brauchen die Patienten eine lebenslange Hormonersatz Therapie.
- Behandlung von Thyreotoxische Krise: thyroostatika+ β -Blocker+ Glukokortikoide+ Kaliumiodate.

Behandlung von Basedowsche Krankheit:

- A) Thyroostatika, Indikationen:
 - 1) Schwangere Patientin.
 - 2) Ältere Patienten.
 - 3) Vorbereitung für die Chirurgie oder Radiotherapie.
 - 4) Leichte Schilddrüsenüberfunktion.

- B) Radioaktives Jod, Indikationen:
- 1) Mittelschwer- Starke Schilddrüsenüberfunktion ohne Ophthalmopathie oder mit leichter Ophthalmopathie.
- C) Chirurgie, Indikationen:
- 1) Starke Ophthalmopathie.
 - 2) Schwangere Patientin
 - 3) Sehr große Strumma.
 - 4) Retrosternale Strumma.
 - 5) Verdacht von Krebs.

Hyperkalziämie: ist eine Elektrolytstörung

- **Ursachen**
 - 1) Hyperparathyreoidismus (die ähnliche Ursache)
 - 2) Maligne Erkrankung.
 - 3) Milch-Alkali-Syndrom.
 - 4) Thiaziddiurika.
 - 5) Sarkoides
 - 6) Immobilisierung.
 - 7) Hypokalziurische hyperkalziämie
 - 8) Vergiftung von Vit. A oder D
- Symptome:
- Herz: verkürzte QT-Zeit in EKG.
- Gastrointestinalkanal: Magengeschwür
- Niere: Nephrolithiasis, Nephrokalzinose und Polyurie.
- Behandlung von Akute Hyperkalziämie: zuerst Kochsalzlösung dann Bisphosphonat.

Milch-Alkali-Syndrom

- Überhöhte Einnahme von Kalzium.

Labor:

- A) Erhöhte Kalzium werte.
- B) Erniedrigtes Parathormom

- C) Erniedrigte Phosphat.
- D) Erniedrigte Magnesium.
- E) Akutes Nierenversagen.
- F) Metabolische Alkalose.

Behandlung:

- Isotonische Kochsalzlösung gefolgt von Furosemid.
 - Welche Medikamente kann Milch-Akali-Syndrom verursachen?
TAN
 - 1) Thiazidurika.
 - 2) Angiotensin-konversionsenzymhemmer.
 - 3) Nicht-steroidale Entzündungshemmer.
-

Vorgehen bei Hyperkalzämie

Zuerst Parathormon Spiegel, wenn erhöht, dann ist von hyperparathyreoidismus auszugehen.

Ob das Spiegel erniedrigt oder Normal ist dann müssen die folgenden Parameter geprüft werden

- 1) Vit-D
- 2) Pth-ähnliches Hormon
- 3) Kalzium im Urin

Wie kann eine maligne Erkrankung Hyperkalzämie verursachen?

- 1) PTH-ähnliches Hormon.
- 2) Vit-D
- 3) IL-6
- 4) Osteolysen Läsion.

Indikationen für Parathyreoidektomie:

- 1) Symptomatische Erkrankung.
- 2) Komplikationen davon.
- 3) Patient jünger als 50

4) Exkretion von Urinkalzium mehr als 400

Multiples Myelom

- Maligne Erkrankung, die zu den B Zell Lymphomen gerechnet wird.
- Monoklonale Vermehrung von Plasmazellen im Knochenmark(mehr als 10%)
- Immunoglobulin:
 - 1) IgG A,D,G
 - 2) Leichtketten vom Typ Kappa oder Lambda (Bence-Jones-Protein)

Komplikationen:

- 1) Pathologische Frakturen.
- 2) Panzytopenie.
- 3) Hyperviskositätssyndrom.
- 4) Nephrotische Syndrom (bei fortgeschrittenen Amyloidose)
- 5) Hämorrhagische Diathese
- 6) Hyperurikämie (erhöhter Zellumsatz) turn over

Diagnosestellung:

- 1) Knochenmark Biopsie.
- 2) Immunoэлектроphorese
- 3) Protein-lücke (Unterschied zwischen Protein und Albumin) mehr als 4
- 4) Erniedrigte Anion-Lücke
- 5) Bence-Jones Proteinurie
- 6) Röntgen: Osteolysen an Schädel, Rippen, und Wirbelsäule.

Behandlung:

- Allogene Stammzelltransplantation.
- Bortezomib

Müdigkeit

S: keine

O: s.o

C: s.o

R: keine

A:

Allgemeine Fragen um Infektion oder Tumoren auszuschließen

- Haben Sie Fieber?
- Haben Sie in letzter Zeit Hautblässe bemerkt?
- Müssen Sie häufig Wasserlassen?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- Ist Luftnot aufgetreten? Und beim Liegen?
- Schnarchen Sie beim Schlafen? Tretten Atempausen (Atemaussetzer) ein, die zu einem unruhigen Schlaf führen?
- Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?
- Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu führen?

A) Schlafstörungen

- 1) Schlafen Sie gut?
- 2) Wie viel Stunden Schlafen Sie täglich?
- 3) Schlafen Sie durch?
- 4) Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?
- 5) Fühlen Sie sich nach dem Schlafen ausgeruht?

B) Leukämie:

- 1) Haben Sie Blutungsneigung festgestellt?
- 2) Haben Sie Sehstörungen?
- 3) Sind Ihnen Lymphknoten aufgefallen? Sind sie Schmerzhaft?
- 4) Leiden Sie unter Knochenschmerzen oder Gelenkschmerzen?

C) DM: wir haben über Polyurie, Gewicht gefragt.

- 1) Haben Sie vermehrt Durst und Hunger?
 - 2) Haben Sie Sehstörungen? Wie Verschwommenes Sehen oder Doppelsehen.
 - 3) Haben Sie Schmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Hautgeschwür an den Beinen?
 - 4) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? (Frunkolose, Juckreiz oder verzögerte Wundheilung)
- D) **Depression:** fragen Sie zuerst diese 2 Fragen, wenn die Antworten darauf Ja sind, Dann fragen Sie die restlichen Fragen.
- A) Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder Hoffungslos?
- B) Hatten Sie Im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne Tun?

Wenn Ja führen Sie durch:

A: Anhedonia,

- 1) Haben Sie in letzter Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Familie, Beruf und Hobby) verloren?
- 2) Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?

G: Schuldig.

- 1) Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?
- 2) Fühlen Sie sich häufig Schuldig für alles? Was geschieht?

E: Energie

- 1) Haben Sie Ihre Energie verloren?

C: Concentration (Konzentration), bedeckt.

A: Appetit

- 1) Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?

P: Psychomotor

- 1) Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen?
- 2) Fühlen Sie sich so Selbstsicher wie sonst?

S: Suizid

- 1) Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?
- 2) Haben Sie Pläne für die Zukunft?
- 3) Geht es Ihnen schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken, oder daran, dass sie besser wäre tot zu sein?
- 4) Haben Sie versucht, sich anzutun?

E) Stress

- 1) Hatten Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen Stress

F) Schilddrüsenunterfunktion/überfunktion:

- 1) Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit verändert?
- 2) Haben Sie schlechtes Vertragen von Hitze oder Kälte?
- 3) Haben Sie Herzrasen bemerkt?
- 4) Haben Sie Haarausfall bemerkt?
- 5) Zitter Ihre Hände?
- 6) Haben Sie Heiserkeit in Ihrer Stimme bemerkt?

G) Hämochromatose

- Sind Ihnen Veränderungen der Hautfarbe aufgefallen?

H) Ernährung:

- 1) Ernähren Sie sich ausgewogen?
- 2) Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
- 3) Trinken Sie gerne Kaffee, Schwarzen oder grünen Tee? Wie viel Tassen pro Tag?
- 4) Trinken Sie andere bzw. Weiter Koffeinhaltige Getränke? Wie viel jeweils davon?

T: s.o

E: s.o

S:

Führt die Müdigkeit zur Beeinträchtigung im Alltag?

Schilddrüsenunterfunktion

- A) Primäre:** die Funktion der Schilddrüse ist selbst gestört. Z.B nach Operationen oder Radiojodtherapie.
- 1) Manifeste:** Erniedrigung der peripheren Schilddrüsenhormone plus TSH Erhöhung.
 - 2) Latente:** isolierte TSH-Erhöhung.
- B) Sekundäre:** mangelnde Anregung durch eine reduzierte TSH-Aktivität. (Infarkte, Tumoren, Traumen)
- C) Angeborene**
- D) Erworbene**

Schilddrüsenunterfunktion kann die folgende verursachen

- 1) Fettstoffwechselstörung:** immer Hypercholesterinämie mit/ohne hypertriglyceridämie.
- 2) Früharteriosklerose**

Therapie: Hormonsubstitution.

Primäre	Subklinische
Erniedrigt T4 und erhöht TSH	Normale T4 und erhöht TSH
Normale T3 bis fortgeschrittener Erkrankung	Normale T3 bis fortgeschrittener Erkrankung
Wird mit Levothyroxin behandelt	Wird mit Levothyroxin behandelt.

Vorgehen bei Schilddrüsenknoten.

- TSH dann Ultraschall und ggf. Feinnadelaspirationszytologie.**
- Hinweise auf Krebs durch Ultraschall:

- A) Mikroverkalkung
- B) Vaskularisierung
- C) Echoarme Läsion

Hämochromatose

Hämochromatose: vermehrt Ablagerung(deposition) von Eisen im Organismus, als Folge einer erhöhten Eisenkonzentrationen im Blut.

- A) Angeborene:** Autosomale-rezessiv
- B) Erworbene:** wegen einer oralen oder parenteralen Eisenzufuhr oder Bluttransfusionen.

Diagnosestellung:

- 1) Erhöhte Bestimmung von Ferritin/ Serumeisens
- 2) Erhöhte Bestimmung von Transferrin.
- 3) Erniedrigt Eisenbindungskapazität.

Komplikationen

- 1) Leber: Leberzirrhose und Hepatozellulärenkarzinom.
- 2) Pankreas: Fibrose und DM
- 3) Haut: Pigmentierung
- 4) Herz: löst eine sekundäre Kardiomyopathie (dilatierter/ dilatative)
- 5) Gelenke: Pseudogicht (Ablagerung von Kalziumpyrophosphat) besonders am Grundgelenk (Metakarpophalangealgelenk)
- 6) Genitale: Hodenatrophie

Behandlung:

- 1) Aderlass:**
 - A) Initiale wird 1 bis 2 wöchentlich 500 ml/Blut als Aderlass genommen.
 - B) In der Erhaltungsphase wird alle 2 bis 3 Monaten 500 ml Blut als Aderlass genommen
- 2) Chelators:** Deferoxamin (oral und IV)

3) Diät: Milch und Tee können Eisenresorption vermindern. Aber Umgekehrt ist Vitamin C.

Depression

Schwere depressive Episode:

- Depression ist keine Traurigkeit, sondern ein Zustand, in dem die Empfindung aller Gefühle reduziert ist.

Behandlung:

- Kognitive Verhaltenstherapie.
- Medikamentöse Therapie
 - 1) Selektiver-Serotonin Wiederaufnahmehemmer
 - tine, citalopram und Sertaline
 - Die Effekt davon beginnt nach 4-8Wochen von der Aufnahme.
 - Nebenwirkungen:
 - A) Sexuellestörungen(verminderte Libido)
 - B) Schläfrigkeit
 - C) Gewichtszunahme
 - D) Bauch-Darm Beschwerden
 - E) Syndrom der Inadequäten ADH Sekretion.
 - 2) Serotonin/Norepinephrin Wiederaufnahme Hemmer.
 - Venlafaxin, duloxetine und Milnacipram
 - Kann für diabetische Neuropathie benutzt werden.
 - Nebenwirkungen:
 - A) Sedierung
 - B) Erhöhter Blutdruck
 - C) Übelkeit.
 - 3) Trizyklische Antidepressiva
 - Amitriptyline, Imipramine, Doxepine und amoxipine
 - 4) Monooxidasehemmer: Its Phenelzine
 - I: Isocarboxazid, T: Tranylcipromine, S: Selegiline und Phenelzine**

- Erhöht die Stätigung von NE/Serotonin und Dopamin.
- Wenn Sie dieses Typ von Medikamenten aufhören möchten, warten Sie 2 Wochen vor dem Beginn anderer Medikamente.

Serotonin-Syndrom.

- Wird von TCA, SSRI oder MAO-Hemmer ausgelöst.
 - 1) Neuromuskuläre Aktivität Erhöhung: **Hyperreflexie, Krampfanfall, Hyperthermie und Zittern.**
 - 2) Stimuliert Autonomes System: **Durchfall, Hyperthermie und Diaphoresis.**
 - 3) Agitiertheit.

Behandlung: Cyproheptadin (5-HT₂ antagonist)

Atypische Antidepressiva:

- 1) Bupropion: erhöht NE und Dopamin.
- Wird für Raucherentwöhnung benutzt.
 - Toxizität: Tachycardie, Schlaflosigkeit, Krampfanfall in bulimischen Menschen.
 - 2) Mirtazapin: Erhöhung von NE und Serotonin.
 - Nebenwirkungen: **Sedierung, Gewichtszunahme und Erhöhung der Appetit.**
 - 3) Trazodon

Leukämie

- Neoplastische Erkrankung des Blutes, die durch eine Proliferation myeloischer oder lymphatischer Blutzellen und eine Besiedlung des Knochenmarkes charakterisiert ist.

Akute Leukämie: Siedlung des Knochenmarks aus Blasten mit Werte von mehr als 20%.

- Hämatopoese ist gestört kann bis zu Anämie, Thrombozytopenie und Neutropenie kommen.

ALL (Akute Lymphoblastische Leukämie):

B-ALL:

- Lymphzyten drücken CD 10,19 und 20 aus
- Zytogenische Beurteilung entscheidet für Prognose:

T-ALL

- Lymphozyten drücken CD 2-8 aus.
- Verursacht obere Hohlvene Syndrom, weil es als mediastinale Masse aufgetreten ist.

AML (akute myeloische Leukämie)

- Myeloblast wird mit zytoplasmatische färbung mit MPO charakterisiert.
- Kristallen Ansammlung von Mpo wird als Auerstäbschen gesehen.

Akute promyelozyten Leukämie (APL)

- Ist durch eine Translokation des RAR Gens vom Chromosom 15 bis 17 ausgelöst.
- Erhöhte Risiko von disseminierte intravasala Koagulopathie.
- Behandelt mit ATRA (alle-Tran-Retinsäure, die sonderform von Vit A ist.)

Akute Monozyten Leukämie

- Wucherung (proliferation) von Monoblasten
- Keine MPO Färbung
- Seidlung der Zahnfleisch (gum) aus Blasten.

Akute Megakaryoblasten Leukämie

- Wucherung von Megakaryoblasten
- Keine Färbung von MPO
- Assoziiert mit Down-Syndrom jünger als 5 Jahren

Diagnosestellung:

1) Blutbild

- 2) Blutaustichen
- 3) Durchflusszytometrie
- 4) Konchenmarkspunktion

Chronische Leukämie

Chronische Lymphatische Leukämie:

- Vermehrung von funktionlose B Lymphozyten, die CD 5 und CD 20 ausdrücken.
- Blutausstrich: Gump-recht-Kernschatten (Smudge Cells)
- Symptome: Generalisierte Lymphadenopathie.

Stadieneinteilung:

- 1) **Stadium 0:** Leukozytose
- 2) **Stadium 1:** generallisierte Lymphadenopathie
- 3) **Stadium 2:** Hepatosplenomegalie
- 4) **Stadium 3:** Anämie
- 5) **Stadium 4:** Thrombozytopenie.

Behandlung:

- 1) Keine Behandlung für Stadium 0,1,2
- 2) CR Flud für 4 und 5 oder symptomatische Erkrankung; Cyclophosphamid, Rituximib, Fludrabin.
- 3) Leichte Fälle: Chlorambocil
- 4) Schwere Infektion: intravenös Immunoglobulin
- 5) Hämolyse oder Autoimmune Thrombozytopenie: Prednison

Komplikationen:

- 1) Hypogammaglobulinämie
- 2) Autoimmun Hämolytische Anämie- Warm
- 3) Richter-Tranformation zur: diffuses Großzelliges B-Zell.

Haarzellenleukämie:

- Wucherung von ausgereiften B Lymphozyllen.
- Blutausstrich: Haarig erscheinender B-Lymphozyten.
- Zellen sind positiv für TRAP
- Siedlung der roten Pulpa der Milz verursacht Splenomegalie.
- Knochenmarksfibrose verursacht trockene Punktion und Panzytopenie.
- Keine lymphadenopathie.

Diagnose: Durchflusszytometrie

Behandlung:

- 1) Cladrabin: Adenosin-deaminase hemmer
- 2) Pentastatin

Mycosis Fungoides:

- Wucherung von ausgereiften CD 4 positive T Lymphozyten.
- Siedlung der Haut verursacht Hautausschlag.
- Aggregation von neoplastischen Zellen in der Oberhaut (epidermis) wird papulärer Mikroabszess genannt
- Kann sich auf das Blut übertragen und wird als Sezary Syndrom genannt.

Chronische Myeloische Leukämie:

Diagnose: negative Leukozyten Alkaline Phosphatase, Translokation wird mit Fish Studie oder PCR (polymerasekettenreaktion) festgestellt.

Therapie: Imatinib aber letzte Linie: Knochenmarkstransplantation.

Synkope

S: keine

O: wann ist die Bewusstlosigkeit aufgetreten?

C: wie lange waren Sie Bewusstlos?

R: keine

A:

Allgemeine Fragen:

- 1) Hatten Sie einen Unfall vor der Bewusstlosigkeit?
- 2) Gab es Warnsymptome?
- 3) Können Sie sich erinnern, was genau vor dem Anfall passierte?

1- Hypoglykämie:

- Welche Symptome davon sind Ihnen aufgefallen?
 - 1) Blässe
 - 2) Schwitzen
 - 3) Herzrasen
 - 4) Zittern
 - 5) Heißhunger
- Wann haben Sie zuletzt gegessen/getrunken? Was haben Sie gegessen/getrunken?
- Ist diese Symptomatik schon häufiger aufgetreten? Wenn ja, seit wann tritt die Symptomatik auf?
- Haben Sie Sehstörungen? Verschwommenes Sehen oder einen Teil des Umfelds, den Sie nicht sehen können.
- Müssen Sie häufig auf die Toilette gehen?
- Haben Sie Knochenschmerzen?

2- Vasovagale Attacke

- 1) Hatten Sie Schmerzen vor dem Anfall?
- 2) Haben Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen emotionalen Stress?
- 3) Hatten Sie ein langes Stehen oder Schmerzen vor dem Anfall?

3- Neurologisch:

- Ist die Bewusstlosigkeit mit Husten, Wasserlassen oder der Essenaufnahme verbunden?

4- MI

- 1) Haben Sie Brustschmerzen? Oder engegefühl in der Brust?
- 2) Haben Sie erbrochen? Ist Ihnen Übel?
- 3) Ist Atemnot aufgetreten?

5- Vorhofmyxom

- 1) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie zu/abgenommen?
- 2) Haben Sie Nachtschweiß?

6- Krampfanfall

- Haben Sie verkrampft?

7- TIA

- 1) Hatten Sie Lähmungen, Schwäche, Taubheitsgefühl oder Kribbeln an den Extremitäten?
- 2) Hatten Sie Sprachstörungen oder Gangunsicherheit?

8- Ernährung

- 1) Ernähren Sie sich ausgewogen?
- 2) Bewegen Sie sich ausreichend?

9- Hitzschlag

- 1) Hatten Sie Fieber?
- 2) Haben Sie vor dem Anfall lange unter der Sonne gestanden?

T: s.o

E: s.o

S: keine

Hypoglykämie: Absenkung der Blutglukose-Konzentration unter den Physiologen Normwert von 60 mg/dl.

Ursachen:

1) Artificielle Hypoglykämie

2) Insulinom:

10% sind von MEN1 (hypophysen adenom, nebenschilddrüsenadenom und Pankreas adenom)

3) Gastroparese: hypoglykämie nach Insulinverabreichung und vor der Nahrungsaufnahme.

Behandlung:

A) Diät: ballaststoffreiches Essen + kleine, vielfache Spiesen.

B) Pharamzeutisch: Erythromycin, metclopromaid oder Cisapride.

Diagnosestellung:

1) Blutzucker

2) C-Peptid

3) Whipple-Trias für Insulinom:

A) Hypoglykämie unter 45 mg/dl

B) Symptome von hypoglykämie

C) Rashe Besserung der Klinik bei Infusion der Glukoslösung.

Therapie für Insulinom: Resektion.

Behandlung von Hypoglykämie:

1) Blutzucker niedriger als 80 mg/dl: Essen ohne Spritzt-Ess-Abstand

2) Blutzucker niedriger als 60 mg/dl: Traubenzucker, danach in circa 30 Minuten Verlaufskontrolle

3) Schwere Hypoglykämie: Glugakon.

Vasovagale Attacke: Überschießendes Vagotonus.

Diagnosestellung: kipptisch-Versuch

- **Kipptisch-Versuch:**

- 1) Der Patient wird unter Überwachung des Blutdruckes und der Herzfrequenzen auf einem Kippbaren Tisch festgeschnallt.
- 2) Nach 20 Minuten von Liegephase erfolgt eine aufrichtung durch Kippung des Tisches in die Vertikale (Stehphase)
- 3) Nach Rückkippen wird die Prozedur wiederholt.

Behandlung:

- 1) Tieflagerung des Oberkörpers und Hochlagerung der Beine.
- 2) Kreuzung der Beine mit Anspannung der Beinmuskeln.
- 3) Kreuzung der Hände mit Anspannung der Armmuskeln.
- 4) Höhe-Risiko Berufen sollen vorgebeugt werden.

Belastung-Hitzschlag:

Klinisch

- 1) Temperatur mehr als 40
- 2) Verwirrtheit
- 3) Krampfanfall
- 4) Nieren/Leberversagen
- 5) Shocklunge (ARDS)
- 6) Disseminierte Intravasale Gerrinnung/Koagulopathie.
- 7) Erhöhung der Blutplättchen
- 8) Erhöhung der Hämoglobin

Behandlung:

- 1) Kühlung + Flüssigkeit.
 - 2) Keine Rolle für Fiebersenkendes Mittel (Anti-pyretikum)
-

Treppenstuzereignis

Zuerst:

Können Sie Ihre Schmerzen ertragen, oder soll ich Ihnen ein Schmerzmittel geben?
Haben Sie Allergien gegen irgendwelchem Schmerzmittel.

S: Wo sind Sie gestürzt? Haben Sie Schmerzen? Wenn ja , wo? Dann SOCRATES für die Schmerzen.

O: Wann sind Sie gestürzt?

C: Wie sind Sie gestürzt?

Vor dem Unfall:

- 1) Können Sie sich erinnern, was direkt vor dem Unfall passierte?
- 2) Womit waren Sie sich beschäftigt, wenn Sie gestürzt sind?
- 3) Hatten Sie Beschwerden vor dem Unfall wie:
 - A) Hypoglykämie:
 - 1) Waren Ihnen schwindelig?
 - 2) Zittern, Herzrasen oder Heißhunger?
 - B) Krampfanfall
 - Haben Sie verkrampft?
 - C) MI oder vasovagale Attacke
 - 1) Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen?
 - D) Sehstörungen: Haben Sie Sehstörungen?
 - E) TIA:
 - 1) Hatten Sie lähmungen/ Schwäche/ Sprachstörungen oder Gangunsicherheit?

Während des Unfalles:

- 1) Aus welcher Stufe sind Sie gestürzt?
- 2) Wie sind Sie gelindert? Oder aufgekommen? Auf welche Körperteile?

Nach dem Anfall:

- 1) Haben Sie Ihr Bewusstsein verloren?
- 2) Haben Sie geblutet?
- 3) Haben Sie Kopfschmerzen oder Sehstörungen?
- 4) Ist Ihnen Schwindelig
- 5) Ist Luftnot aufgetreten?
- 6) Haben Sie Brustschmerzen?
- 7) Sind Sie auf die Toilette gegangen? Gab Es blut im Urin?
- 8) Können Sie Ihre Extremitäten bewegen? Haben Sie Bewegungseinschränkung?
- 9) Haben Sie Gefühlsstörung oder Lähmungen in Ihrer Extremitäten bemerkt?
- 10) Welche Beschwerden haben Sie noch?

T:

Wie häufig sind Sie gestürzt? Haben Sie dabei schon einmal verletzt?

- Andere Beschwerden Analyse.

E: keine

S: für Schmerzen

Verkehrsunfall

Zuerst:

- Können Sie Ihre Schmerzen ertragen? Oder soll ich Ihnen ein Schmerzmittel geben? Haben Sie Allergien gegen irgendwelchem Schmerzmittel?

S:

- Wo hatten Sie den Unfall?

O:

- Wann Hatten Sie den Unfall?

C:

- 1) Können Sie bitte mir sagen, was genau passierte?
- 2) Haben Sie damals den Schutzhelm angezogen? (Sicherheitsgurt angelegt beim Autounfall)
- 3) Wie Hoch war Ihre Geschwindigkeit?

- **Im Autounfall:**

- A) Waren Sie der Fahrer oder Beifahrer?
- B) Waren Sie alleine?

Vor dem Unfall:

- 1) Können Sie sich erinnern was genau vor dem Unfall passierte?
- 2) Welche Beschwerden hatten Sie vor dem Unfall (vom Oben nach Unten)
 - 1) Waren Ihnen Schwindelig?
 - 2) Verkrampft, Sehstörungen, Lähmungen oder Sprachstörungen?
 - 3) Schmerzen, Engegefühl in der Brust oder Schwitzen ?

Unfall:

- 1) Im Fahrradunfall: wie sind Sie aufgekommen, auf welche Körperteile?
- 2) Im Autounfall:
 - welche Körperteile wird beim Unfall gestoßen?
 - Was passierte mit den anderen Fahrgäste?

Nach dem Unfall:

- Allgemein:
 - 1) Haben Sie Ihr Bewusstsein verloren? Wie lange waren Ihnen Ohnmächtig?
 - 2) Haben Sie geblutet? Woher? Kleine, normale oder große Menge?
- ZNS:
 - 1) Haben Sie verkrampft?
 - 2) Haben Sie erbrochen?
 - 3) Haben Sie Lähmungen oder Schwäche an Ihren Extremitäten?
 - 4) Haben Sie Sehstörungen?
 - 5) Haben Sie Kopfschmerzen?

- Atemsystem und Kreislauf:
 - 1) Ist Luftnot aufgetreten?
 - 2) Haben Sie Husten?
 - Harn:
 - 1) Sind Sie nach dem Unfall auf die Toilette gegangen? Gab Es Blut in der Ausscheidung?
 - Bauch:
 - 1) Haben Sie Bauchschmerzen oder Schmerzen an der linken Schulter?
 - 2) Sind Ihnen Hautveränderung des Bauchs aufgefallen?
 - Knochen
 - 1) Haben Sie Knochenschmerzen?
 - 2) Haben Sie Gefühlsstörungen an den Extremitäten?
 - 3) Gibt es Bewegungseinschränkungen?
 - Welche Beschwerden Haben Sie noch?
 - Wann wurde bei Ihnen die Wundstarkkrampf Impfung zum letzten Mal aufgefrischt.
-

Gasbrust(Pneumothorax)

- Eintritt von Luft in der Pleuraspalt (pleuar space) .
- Eine Lebensbedrohliche Komplikation des Pneumothorax ist der Spannungspneumothorax.

Pathogenese: Durch den Eintritt von Luft zwischen den beiden Blätter der Pleura kommt es zur Aufhebung der Kappillarkräfte in der Pleuraspalt.

- Die Adhäsion von Pleura Viszeralis und Pleura Parietalis geht verloren und Lunge folgt nicht mehr den Thoraxbewegungen.
- Dia prädisponiert für Pneumothorax sind besonders die Oberlappensegmente.

Auskultation: abgeschwächtes oder aufgehobenes Atemgeräusch.

Perkussion: Hypersonoren Klopfeschall auf der Seite mit der kollabierten Lungenflügel (Lung)

Diagnostik: Röntgen + CT

Therapie: Sauerstoffgabe + Thoraxpunktion.

Therapie für Spontan Pneumothorax:

- 1) Kleiner als 2 Cm (Zentimeter) oder 2 Cm: Überwachung + Sauerstoffgabe
- 2) Größer als 2 Cm: Nadelaspiration/Thoraxdrainage.

Wo wird die Nadeldekompression gemacht?

- 1) Zweiter Interkostalraum der Mediocalvikularlinie.
- 2) Fünfter Interkostalraum der Medioaxillarlinie.

Bei V.a Pneumothorax und instabiler Pat, muss erstmal eine Nadeldekompression veranlasst dann Röntgen-Thorax

Typen von Pneumothorax:

- 1) Primärer Pneumothorax: dünn, groß Patient.
- 2) Sekundärer Pneumothorax: erkrankte Lunge.
- 3) Spannungspneumothorax: die Ursache könnte jede von den vorstehend sein.

Lungenkontusion:

Klinisch:

- 1) Tachypnoe
- 2) Tachykardie
- 3) Dyspnoe

Diagnose:

- 1) Abgeschwächtes Atemgeräusch
- 2) Rasselgeräusch
- 3) Röntgenbild + CT: fleckige Konsolidierung.

Behandlung:

- 1) Schmerzkontrolle.
- 2) Thoraxphysiotherapie.
- 3) Sauerstoffgabe.

Hämothorax

- Sonderform des Pleuraergusses bezeichnet, bei der es zur Blutung in der Pleuraspalt kommt.

Ursachen:

- 1) Ruptur intrathokaler Gefäße
- 2) Perforation von Organen im Mediastinum (z.B Ösophagus)

Körperliche Untersuchung:

- 1) Stimmfremitus (tactile fremitus) vermindert.
- 2) Abgeschwächtes oder fehlendes Atemgeräusch.
- 3) Gedämpfter Klopfeschall

Röntgen:

- 1) Aufnahme im Stehen oder in Seitenlage.
- 2) Homogene Verschattung in dem am tiefsten stehenden Rindwinkel (costophrenic angle) der Pleurahöhle (pleural cavity)

Therapie:

- 1) Thoraxdrainage + Thoraxtubus.

Schädel-Hirn-Trauma

Wird nach Galscow Coma Scale beurteilt:

A) Öffnen der Augen- 4 Punkte:

4- Spontan

3- Bei Ansprache

2- Bei Schmerzreiz

1- Keine Öffnung der Augen

B) Verbale Reaktionen- fünf Punkte

5- Konversationsfähig, Orientiert

4: Konversationsfähig, disorientiert

3: Einzelwort (Wortsalat)

2: Sinnlose Laute

1: Keine verbale Reaktion

C) Motorische Reaktionen (6 Punkte)

6: Auf Anforderung

5: gezielte Bewegung bei Schmerzreiz

4: ungezielte Bewegung bei Schmerzreiz

3: Beugesynergismen

2: Streckesynergismen

1: keine motorische Reaktionen.

1) SHT- Grades 1- Gehirnershütterung (commotio cerebri)

a) GCS 13-15

b) Bewusstlosigkeit mehr als 5 min

c) Benommenheit (drowsiness) nach Erwachen und Rückwärtige Amnesie.

d) Begleitsymptome: Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, und Sehstörung.

- Keine dauerhafte Schädigung der Hirnstrukturen ist Nachweisbar.

- Oft erfolgt Stationäre Aufnahme zur Abklärung von WBS oder Gesichtschädelfrakturen und zur Beobachtung wegen möglicher Entstehung einer Intrakraniellen Blutung.

2) Zweite Grades – Gehirnsprellung/ Compressio Cerebri- Brain Contusion.

- Die Symptome entsprechen denen der SHT 1 aber Bewusstlosigkeit dauert länger als 15 min an

- GCS 9-12

3) Dritte Grades

- Die Symptome Entsprechen denen der SHT 1, 2 aber die Bewusstlosigkeit dauert Tage oder Wochen an.

- GCS 3-8

- **Therapie:**

- 1) Der Patient wird vollimobilisiert und sollte bereit präklinisch (pre-hospital) im 30 Winkel mit dem Oberkörper erhöht erlagert.

- 2) Kontinuierliche Überwachung von Herzfrequenz, Blutdruck, Atmung und Temperatur.

- Im :

- 1) Krampfanfall

- 2) Verwirrtheit

- 3) Lange Bewusstlosigkeit

- 4) Schädelfraktur

- 5) Fokale neurologische Zeichen

Müssen ein CT Nativ+ neurologische Untersuchung alle 2 Stunden+ Konsultation von Neurochirurgie erfolgt werden

Milzruptur

- Milzruptur ist meist Folge des Stumpfen (blunt) Abdominalis Traumas.

- Die Spektrum der Verletzung reicht von einer leichten Quetschung mit Ödembildung bis zur Milzruptur mit massiver Hämorrhagie in der Bauchhöhle.

- **Typ 1:** isolierte Kapselrisse, Subkapuläres, nicht expendierendes Hämatom.

- **Typ 2:** Verletzung von Kapsel und Parenchym ohne Verletzung der Milzhilus oder der Segmentarterien.

- **Typ3:** Verletzung von Kapsel und Parenchym mit Blutung aus den Segmentarterien.

- **Typ4:** Verletzung von Kapsel und Parenchym und Segmentarterien oder Milzhilusgefäßen mit Abriss des Gefäßstiel. Peduncle
- **Typ5:** Ausriss des Organs im Milzhilus mit Devaskulasation.

Kehrzeichen: Abdominalschmerzen mit der Ausstrahlung in die linke Schulter.

Klinisch:

Abwehrspannung (guarding) + Druckschmerzhaftigkeit im linken oberen Quadranten des Abdominis.

Diagnosestellung:

- 1) Sonographie: Nachweis von freier Flüssigkeit an den Nierenpolen.
- 2) Abdomen-CT

Therapie:

- **Typ 1:** Konservativ (Flüssigkeit+ Transfusionen)
- **Typ 2 und 3:** Lokale Blutstillung (hameostasis)
- **Typ 4 und 5:** Teilresektion oder totale Resektion.

Unfall:

Erstuntersuchung:

C:

- 1) Vollimbolisiert
- 2) Katastrophische Hämmorage Kontrolle durch eine manuelle Kompression oder die Anlage eines Druckverbandes (Stauchlauch)

A: Atemweg

- Sind die Atemweg frei? Ist die Atmung vorhanden (existing)
- Intubation für GCS niedriger als 8
- Fremkörperentfernung.

B: Beatmung:

- Inspektion und Auskultation

- Zyanose?
 - Sauerstoffgabe
 - C: Kreislauf:**
 - Puls
 - Kapillarisierungszeit
 - Blutdruck
 - D: Defezit:**
 - GCS
 - Pupillenreaktion
 - E: Expolaration:**
 - Ganzkörper vollständig entkleidung.

 - **Zweiteuntersuchung:**
 - 1) KU von Kopf bis Fuß mit Vitalparameter Kontrolle.
 - 2) Labor: (Blutgruppe, Kreuzblut, Glukose, Nierenwerte)
 - 3) Analgesis
 - 4) CT
 - 5) Röntgen in zwei Ebenen
 - 6) Abdominalsonographie
 - 7) Gibsschiene.
-

Lymphknotenvergrößerungen.

S:

- 1) Ist einer oder sind mehrere Lymphknoten geschwollen?
- 2) Wo befindet sich die Schwellung?

O:

- 1) Wann haben Sie die Schwellung erstmals bemerkt? Wie?
- 2) Haben die geschwollenen Lymphknoten langsam oder plötzlich angeschwollen?

C:

- 1) Sind sie schmerzhaft oder schmerzlos?
- 2) Sind die Vergrößerungen dauerhaft da oder gehen sie wieder weg?
- 3) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?

R: keine

A:

Lymphom/Leukämie

- B-Symptome:
 - 1) Haben Sie Fieber? Wie hoch war Ihre Temperatur? Und wie lange besteht sie schon?
 - 2) Haben Sie ungewollt an Gewicht verloren? Wie viel Kilogramm und in welchem Zeitraum?
 - 3) Schwitzen Sie Nachts vermehrt?
 - 4) Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
 - 5) Fühlen Sie sich abgeschlagen oder müde?
 - 6) Haben Sie Juckreiz? Wo?
- Symptome der Leukämie (Anämie, Thrombozytopenie und Neutropenie).
 - 1) Ist Ihnen Blutungsneigung aufgefallen?
 - 2) Bekommen Sie schnell blaue Flecke?
 - 3) Leiden Sie häufig unter Infektionen?
 - 4) Ist Luftnot aufgetreten? Haben Sie verschwommenes Sehen? Ist Ihnen Hautblässe aufgefallen?
- Risikofaktoren:

Wurden Sie schon einmal Strahlung ausgesetzt?

Infektion:

- 1) Haben Sie Mandelentzündung? Oder Halsschmerzen?
- 2) Haben Sie Husten?
- 3) Haben Sie Schmerzen an Zähnen?

Tochtergeschwulste:

- Von der Brust:
Tritt Flüssigkeit aus Ihrer Brust aus? Welche Farbe hat die Flüssigkeit?
Einseitig oder beidseitig.
- Von der Schilddrüsen:
 - 1) Haben Sie schlechtes Vertragen von Kälte?
 - 2) Haben Sie Schlafstörungen?
 - 3) Haben Sie Verstopfung?
 - 4) Haben Sie Haarausfall bemerkt?
- Von der Ösophagus:
Haben Sie Schluckbeschwerden?

Sexuelle Gesundheit:

Sexuelle Gesundheit ist für unser Wohlbefinden sehr wichtig, deswegen frage ich meine Patientin immer danach, wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:

- 1) Sind Sie schon sexuell Aktiv?
- 2) Sind Ihre Sexuellpartner Männer, Frauen oder beides?
- 3) Haben Sie risikoreiches Verhalten bezüglich HIV oder andere Sexuelle übertragbare Infektionen? z.B Drogenmissbrauch, häufig Partnerwechsel, ander sexuelle übertragbare Infektion.
- 4) Haben Sie auf HIV oder andere sexuelle übertragbare Infektion testen lassen?

T:

Wie hat sich die Schwellung im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

E: keine

S: keine

Hodgkin und non-Hodgkin Lymphom

Hodgkin Lymphom	Non-Hodgkin Lymphom
40%	60%
80% wird im Stadium 1 oder 2 diagnostiziert	80% wird im Stadium 3 oder 4 diagnostiziert
Reed-Sternberg Zellen sind Vorhanden	Reed-Sternberg Zelle sind nicht vorhanden

Stadieneinteilung für HL und NHL

- 1) Stadium 1: eine Gruppe von Lymphknoten
- 2) Stadium 2: zwei oder mehrere Gruppen von Lymphknoten auf der gleichen Seite des Zwerchfells
- 3) Stadium 3: die Gruppen auf den beiden Seiten des Zwerchfells.
- 4) Stadium 4: weiterverbreitete Erkrankung.

Hodgkin Lymphom:

- B Symptome sind typisch für HL, weil sie durch Reed Sternberg Zellen ausgelöst werden.
- Reed-Sternberg Zellen: große B-Zellen mit multilobulären Kerne und auffälligen Nukleoi.

Typen:

1) Nodulär Sklerosierendes Lymphom:

- Ist der am häufigsten vorkommende (occurring) Subtyp.
- Treten am häufigsten in erwachsenen Frauen.

2) Lymphozytenreicher Typ:

- Manifestiert sich meistens als isolierte Zervikaler oder axillärer Lymphknotenbefall (attacken).

- Beste Prognose von allen Typen.

3) Mischtyp

- Ist bei über 50 Jahre alten Patienten die häufigste Form
- Bei Diagnosestellung in diesem Typ ist häufig in einem weiter fortgeschrittenen Stadium.
- Charakterisiert mit Eosinophiler Granulozyt.

4) Lymphozytenarmer:

- Hat die schlechteste Prognose.
- Manifestiert sich durch abdominalen Lymphzytenbefall.

Diagnosestellung:

- 1) Blutbild
- 2) Knochenmarkspunktion
- 3) CT
- 4) Lymphknotenbiopsie

Behandlung:

- 1) Stadium 1 und 2: lokale Radiotherapie + kleine Dosis der Chemotherapie.
 - 2) Stadium 3 und 4 oder symptomatisch: ABVD
- **Adriamycin**
 - **Bleomycin**
 - **Vincristine**
 - **Dacarbazine**
 - Wiederkehr nach Radiotherapie: Behandlung soll mit Chemotherapie sein.
 - Wiederkehr nach Chemotherapie: hohe Dosis von CTX und Knochenmarkstransplantat.

Non-Hodgkin Lymphom

- 1) Klein B-Zellen Lymphom: Mantel lymphom, folliculäres Lymphom, marginal-Zonen-Lymphom
- 2) Mittegroßes Zell lymphom: Burkitt Lymphom
- 3) Großzelliges Lymphom: Diffuses Großzelliges Lymphom.

Diagnose: wie HL aber hier im Blutbild, erhöhte LDH heißt schwere Erkrankung.

- Alle sind CD20 positiv

1) Follikuläres Lymphom:

- Bösartige Tumor aus den NHL Gruppe.
- Befällt jene Körperregionen, in denen ein hoher Anteil an lymphatischem Gewebe vorhanden ist.
- Fluktierende Lymphadenopathie-Kommen und gehen.
- Hier kann er mit Rituximib (anti-CD20) behandelt werden .

Komplikation: **diffuses großzelliges Lymphom**

2) Mantel-Zell-Lymphom

- Wird durch Translokation Zwischen C11 und C14 ausgelöst.

3) Marginal-Zonen-Lymphom:

- Assoziiert mit chronischen Entzündungen, z.B Sjögren Syndrom, Haschimoto, und Helicobacter assoziiert Magenschleimhautentzündung.
- Malt-Lymphom ist ein Subtyp.

4) Burkitt Lymphom

- Bösartiges, malignes Lymphom, die aus weißen Blutkörperchen Lymphozyten entsteht (emerge)
- Es wird vermutet, dass EBV eine Tumorinduzierende Wirkung besitzt, das Virus verursacht ein polyklonales Wachstum der B-Lymphozyten.
- Weiterhin können die genetischen Ursachen für eine Entstehung eines Burkitt Lymphom verantwortlich sein.
- **Endemische:** betrifft oft Mandibula und Maxilla.
- **Sporadisch:** Abdominalis

Diagnose: unter dem Mikroskop erscheint ein (Sternhimmer) Muster.

Stadieneinteilung: genausoweiso HL

- **Indikationen der Behandlung:** genausowieso HL

Borreliose (Hautauschlag)

S:

Wo haben Sie die Rötung bemerkt?

O:

Wann haben Sie die Rötung bemerkt? Wie?

C:

Ist die Rötung Juckreiz? Brennend?

R:

Ist die Rötung vom Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert?

A:

- 1) Haben Sie einen Zickenbiss bemerkt?
- 2) Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen?
- 3) Traten in der Zeit nach einem Aufenthalt in Waldgebieten allgemeine Krankheitssymptome, wie Fieber, Kopfschmerzen oder Muskel oder Gelenkschmerzen auf?
- 4) Sind Ihnen eine Lymphknotengrößierung aufgefallen?
- 5) Haben Sie Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätstörung bemerkt?
- 6) Leiden Sie unter Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörung oder Schlafstörung?
- 7) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht?

T:

- 1) Wie hat sich Ihre Beschwerden im Verlauf verändert? Haben Sie verbessert oder verschlechtert?

E: keine

S: keine

In der Sozialanamnese wird diese Frage ergänzt :

- Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit häufig in Waldgebieten unterwegs?
-

Lyme Borreliose: ist die häufigste durch Vektoren übertragene Erkrankung in Europa.

Erreger: Borreila Burgdorferi.

Erreger-reservoir: Wildtiere.

Übertragung: durch Zicken (ixodes Scapularis)

Drei Stadien:

1) Erstes Stadium:

- Grippe-ähnliche Symptome
- Wander Röte (Erythema Chronicum Migrans): scharf abgegrenztes (zoned) schmerzloses Erythem.
- Fieber, Konjunktivitis, Kopfschmerzen, Arthralgien und Lymphknotenschwellung.

2) Zweites Stadium (Streuung – distribution- des Erregers)

- Wochen bis Monate
- Hirnnerven sind betroffen, am häufigsten ein oder beidseitige Fazialisparese.
- Myokarditis
- Atrioventrikular Block (AV-Block)
- Lymphadenose.

3) Drittes Stadium:

- Monats bis Jahre.
- Enzephalopathie
- Chronische Arthritis.

Diagnosestellung:

Im Stadium 1: durch die klinische Untersuchung, Wanderröte.

Im Stadium 2 und 3: durch den serologischen Nachweis von Anti-körperen.

IGM sind jedoch erst an der dritte Woche positiv und für lange Zeit nach der Erkrankung nachweisbar.

Therapie:

- Für Kinder und schwangere Frauen: **Amoxicillen.**
- Für Asymptomatischen Zickenbiss: **keine Behandlung**
- Für Wanderröte: **Doxycyclin oder Amoxicillen.**
- Für Arthritis oder Fazialisparese: **Doxycyclin oder Amoxicillen**
- Für kardiale oder neurologische Symptome anders als Fazialisparese: **IV Ceftriaxone.**

Im Zickenbiss geben wir Einzelgabe (Einzeldoses) von Doxycyclin innerhalb 3 Tagen in den folgenden Fälle:

- 1) Falls wir sicher sind, dass die Zicke (*Ixodes Scapularis*) ist.
- 2) Zecke für mehr als 36 Stunden angeheftet ist.
- 3) Endemische Krankheit.

Herpes zoster (Hautveränderungen)

S:

- Wo sind die Hautveränderungen? Im Gesicht oder am Stamm?
- Ist diese Rötung ein oder beidseitig?

O:

- 1) Wann haben Sie diese Veränderungen bemerkt?
- 2) Wie Haben sie diese Veränderung bemerkt?
- 3) Seit wann bestehen die Schmerzen?

C:

- 1) Ist die Rötung schmerzhaft oder schmerzlos?

- 2) Wie lassen sich die Schmerzen charakterisieren?
- 3) Wie sieht die Rötung aus?
- 4) Ist es mit Pusteln oder Bläschen begleitet?

R: keine

A:

- 1) Haben Sie Fieber?
- 2) Haben Sie Nachtschweiß?
- 3) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- 4) Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
- 5) Haben Sie eine Lymphknotengrößerung bemerkt?
- 6) Haben Sie Rückenschmerzen?
- 7) Haben Sie Kopf oder Gliederschmerzen?
- 8) Haben Sie Lähmungserscheinungen im Gesicht bemerkt?
- 9) Haben Sie Sensibilitätsstörung in der betroffenen Seite bemerkt?
- 10) Haben Sie Kribbeln oder Empfindlichkeit von Ameisenlaufen irgendwo bemerkt?
- 11) Leiden Sie unter Müdigkeit?
- 12) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht?
- 13) Haben Sie mit erkrankten Menschen in letzter Zeit kontaktiert? Die ähnlichen Symptome haben?

- Dann die Beschreibung von Schmerzen.

E: s.o

S: keine

Herpes Zoster:

- Der Herpes-Zoster ist die Zweitmanifestation einer Infektion mit Varizella-Zoster-Viren, die nach einer Erstinfektion (**Windpocken**) in den Gliazellen (glial cells) der Spinalganglien lebenslang persistieren.

- Der Erkrankungsgipfel (peak) liegt etwa zwischen den 50. Und 70. Lebensjahr.
- Der Herpes-Zoster wird durch eine endogene Reaktivierung neurotroper Varizella-Zoster bei bestehender oder neu aufgetretener Immunodefizienz (z.B Tumorleiden, AIDS oder Immunomodilierende Therapie) ausgelöst.
- Die erste Infektion durch VZV führt zum Windpocken.
- Nicht immunisierte Kinder oder Erwachsene können sich beim Kontakt mit Zoster-erkrankten durch (Tröpfcheninfektion) –droplets- mit Varizellen infizieren.
 - 1) Die Infektion beginnt mit **Prodromi** wie:
 - Abgeschlagenheit
 - Kopf und Gliederschmerzen
 - Leichte Temperaturerhöhung

Nach einiger Zeit tritt eine Dumpfe, ziehender und heftige Schmerz in dem Versorgungsgebiet des betroffenen Ganglion auf, zudem klagt der Patient über Parästhesien (kribbeln oder Ameislaufen).

- 2) Etwa drei Tagen nach Beginn der Prodromi entwickeln sich der typische Hautausschlag.
 - **Wasserklare Bläschen, die in Gruppen und segmental angeordnet sind.**
 - Die Hauterscheinungen sind meist halbseitig und auf ein bis drei **benachbarte** Dermatome begrenzt.
 - Am häufigsten sind die Throakalsegmente betroffen, weitere Lokalisationen sind das Versorgungsgebiete des erstes Trigeminusastes (Trigeminal branch) **Zoster Ophthalmicus-**, die Ohr region, die Versorgungsgebiete der zweiten und dritten Trigeminusäste, sowie die unteren Zervikalsegmente, in den betroffenen Arealen lässt sich meist eine Sensibilitätsstörung feststellen.
- 3) Nach wenigen Tagen heilt das Exanthem mit Verkrustung der Bläschen ab.
 - Zoster-impfung ist für Menschen alter als 50 Jahre indiziert/ angezeigt, und das ist die gleiche Impfung genausowieso VZV-Impfung aber mit höher Dosis.
 - Post-Zosterische Neuralgien:
 - Behandlung mit Acyclovir, Famicyclovir verringert die Risiko davon.
 - Wird mit GAB PaCAR behandelt: Gabapentin, Phenytoin, Pregabalin und Carbamezepin.

- Acyclovir, Famicyclovir, und Valaciclovir:
 - Famicyclovir ist für Gürtelrose bevorzugt.
 - Wird als Behandlung für HSV, VSV aber nicht für CMV benutzt.
 - Keine Auswirkung auf latente förmige HSV, VSV
 - Nebenwirkung der Aciclovir
 - **Nephropathie**
 - **Akutes Nierenversagen, ob der Patient ausreichende Hydrierung nicht bekommen hat.**
-

Gelbsucht (Ikterus)

S:

- An welchen Körperstellen ist Ihnen eine Gelbfärbung aufgefallen? (Haut/Augen)?

O: s.o

C: s.o

R: keine

A:

- Haben Sie eine juckende Haut bemerkt?
 - Sind Ihnen Veränderung beim Wasserlassen oder Stuhlgang aufgefallen? Z.B Farbe, Menge, oder Frequenz
 - Hepatitis
- 1) Haben Sie Fieber?
 - 2) Haben Sie Bauchschmerzen?
 - 3) Haben Sie Magen-Darm Beschwerden, wie Übelkeit oder Erbrechen?
 - 4) Hatten Sie in letzter Zeit Symptome wie allgemeines Krankgefühls bemerkt?
 - 5) Leiden Sie unter Apetitlosigkeit?
 - 6) Haben Sie in letzter Zeit rohre Lebensmittel gegessen?

- 7) Haben Sie vor Kurzem mit Menschen, die ähnlichen Symptome haben, in Kontakt aufgenommen?
- 8) Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall, in dem Sie Bluttransfusionen brauchten?

Bauchspeicheldrüsenkrebs:

- 1) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
 - Hämolytische Anämie:
 - 1) Bekommen Sie Atemprobleme? Wie Luftnot?
 - 2) Haben Sie in letzter Zeit etwa spezielles gegessen?
 - 3) Haben Sie Rückenschmerzen?
 - 4) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht
-

R: keine

T: s.o

E: s.o

S: keine

Hepatitis A: Das Hepatitis A-virus zählt zu den Picorna-Viren

Übertragung: die Übertragung des HAV folgt Fäkal-Oral Übertragung, daher häufig über verunreinigtes Wasser und nicht genügend abgekochte Lebensmittel (Fleisch und Fischprodukte)

- Über die Hälfte der Fälle sind asymptomatisch, so dass bei Patienten eine Serokonversion ohne errinerbare Hepatitis vorliegt.
 - 1) Die Inkubationszeit beträgt bis zum 6 Wochen, Fieber, Müdigkeit, Bauchschmerzen und Übelkeit.
 - 2) Lebersymptomatik: Ikterus, Juckreiz, Stuhlenfärbung und Druckschmerz über der Leber.
 - 3) In unter 1% der Fälle findet sich eine fluminante Hepatitis mit zusätzlichen Zeichen einer Leberinsuffizienz.

Diagnostik: Beweisend für frische Infektion sind spezifische IGM-Antikörper (Anti-HAV), einige Tagen später treten zusätzlich spezifische IGG (Anti-HAV IGG) im Serum auf, welche als Zeichen einer stattgehabten Infektion meist lebenslang persistiert.

Therapie: über 99% der Fälle nach 4-8 Wochen zur Spontanheilung kommt.

Isolation: für Kinder und Erwachsene mit Stuhlinkontinenz

Es gibt eine Schutzimpfung dafür.

Hepatitis B: DNA Virus mit mehreren verschiedenen Antigenen; HbsAg, HbcAg, HbeAg. Das Virus befindet sich nahezu in allen Körperflüssigkeiten, und wird vor allem durch Kontakt mit Blut/Blutprodukten, Perinatal und Geschlechtsverkehr übertragen.

- Der häufigste Übertragungsweg ist durch Perinatal.
- In über 90% der Fälle kommt es zur Spontanheilung der Hepatitis B.
- 30% davon erscheinen mit akuten Symptomen
- Unter 1% der infizierten kommen mit fulminanter Hepatitis.
- Bei etwa 10% kommt es zur einer Persistenz des HbsAg, drittel davon kommt zur chronischen Erkrankung.

Chronische Hepatitis: wenn die akute Hepatitis nicht innerhalb von 6 Monaten ausheilt, dabei ist HbsAg, HbcAg, HBV-DNA ±HbeAg nachweisbar, ohne dass spezifische Antikörper Anti-Hbs entsteht.

- Entwickelt sich eine chronische Hepatitis, ist die Entstehung einer Leberzirrhose oder eines Leberzellkarzinom begünstigt, dieses Risiko ist durch Alkoholabusus und eine zusätzliche vorliegende Hepatitis C gesteigert.

Diagnostik:

- HbsAg + anti- Hbc IGM: Akute Infektion
- Anti Hbs alleine: Impfung dagegen.
- Anti-Hbs+ Anti-Hbc: Ausheilung von einer Infektion.

- Erhöhung des HbeAg weist auf die Erhöhung der Quantität des Virus auf.

Therapie: nur akute Hepatitis C braucht eine Behandlung.

- Keine spezifische Therapie
- Für Chronische Infektion:
Interferon Alpha + Nukleotidanalogue
- Nukleotidanalogue: Tenofovir, abecavir und Telbivudine.

Hepatitis C:

- Gehört zur Flaviviridae Gruppe.
- Meistens verläuft chronisch.

Übertragung:

- Die Übertragung erfolgt durch Blut und Blutprodukte (z.B. gebrauchte Blutkanülen, nicht ausreichend sterilisierte medizinische Instrumente oder eine Nadelstichverletzung)
- Auch könnte es durch nicht professionell arbeitenden Tattoo sein.
- Die Übertragung durch Geschlechtsverkehr ist umstritten.

Komplikationen:

- 1) Leberzirrhose
- 2) Hepatozelluläres Karzinom.
- 3) Kryoglobulinämie
- 4) Aplastische Anämie

Diagnostik:

- 1) Hyperbilirubinämie
- 2) Erhöhung der Transaminasen
- 3) PCR

Biopsie:

Mit Hilfe einer Biopsie können Aussagen über das Ausmaß (extent) der Gewebeschädigung getroffen.

Therapie:

- **Akute: IRB** (Interferon, ribavirin und Bociprevir)
 - **Chronisch: es gibt wirkstoffkombination für jedes Genotyp**
 - Genotyp 1: Sofobrevir + Ledipasvir
 - Genotyp2: Sofobrebir + Ribaviren
 - Genotyp 3: Sofobrevir + Ribaviren
-

Hämolytische Anämie:

Klinik: Fieber, Schüttelfrost, Bauchschmerzen, Ikterus

Diagnostik:

- 1) **Normochrome Anämie**
- 2) **Hämolysezeichen:** Hyperbillirubinämie, vermindertes Haptoglobin, vermehrte LDH und erhöhte Retikulozyten.
- 3) **Erhöhte Mittlere Korpuskuläre Konzentration (MCHC)**
- 4) **Hämolyse wenn die Erythrozyten in eine hypotone Kochsalzlösung gebracht wird.**

Therapie:

Erese Linie: Folsäure + Unterstützende Therapie

Letzte Linie: Splenektomie, aber Anämie kann persistieren, und es gibt ein lebenslang erhöhtes Risiko von S.Pneumonia.

Sichelzellanämie:

- Die Sichelzellanämie folgt einem Autosomal-rezessiven Erbgang.
- Im desoxygenierten Zustand des Hbs bilden sich Aggregate und kommt es zur Hämolyse.
- Wenn die Sichelform der Erythrozyten ausgebildet ist, kommt es zur Beeinträchtigung der Organdurchblutung.
- Auslöser für solche Krise sind:

- 1) Infektionen
- 2) Hypoxie (Fliegen in großer Höhe)
- 3) Dehydratation
- 4) Azidose
- Die Mikrozirkulation wird eingeschränkt, und Organschädigung resultieren, und nach einer längeren Krankheitsdauer können sich bedrohliche Komplikationen entwickeln
 - 1) Infarkte der Organen (Lunge und Milz)
 - 2) Akutes-Thorax-Syndrom
 - 3) Hand-Fuß-Syndrom
 - 4) Periapismus
 - 5) Schlaganfall
 - 6) Retinopathie
 - 7) Hautgeschwüre
 - 8) Avaskuläre Nekrose
 - 9) Membranoproliferative Glomerulonephritis
 - 10) Fokale segmentale Glomerulosklerose

Labordiagnostik:

- 1) Hämoglobin-Konzentration und Hämatokrit werden deutlich erniedrigt.
- 2) Erhöhung der Retikulozytose
- 3) Der Definit Nachweis der Sichelzellanämie erfolgt durch Hb-Elektrophorese.

Therapie:

- 1) Symptomatische Erkrankung oder Gefäßverschlusskrise:
 - A) Flüssigkeitssubstitution
 - B) Analgetika
 - C) Antibiotika
- 2) Medikamentöse: Hydroxyharnstoff
- 3) Chronisch: Folsäure
- Wann ist die Erythrozytentransfusion indiziert?
 - 1) Schlaganfall

- 2) Infarktion der Netzhaut
- 3) Akutes-Thorax-Syndrom
- 4) Perapismus

-Hydroxyharnstoff:

- 1) erniedrigt die Schmerzkrise
 - 2) erniedrigt den Bedarf der Transfusionen
 - 3) erniedrigt die Gefäßverschlusskrisen
-

Fieber mit produktivem Husten

S: Keine

O:

- Seit wann haben Sie die Beschwerden?

C: (für den Husten und Auswurf)

- Können Sie bitte mir den Husten genauer beschreiben? Ist er trocken, oder haben Sie auch Auswurf bemerkt? (falls nicht genannt vom Patient)
- Welche Farbe und Konsistenz hat der Auswurf? (blutig, grünlich, Transparent, dünn, eitrig oder Zähflüssig)

R: Keine

A: hier fragen wir über 4 hauptsächliche Erkrankungen (Pneumonie, TB, Legionelose und Pneumocystis jiveroci) und über die Erkrankungen, die zur Pneumonie führen).

- **Pneumonie und Pneumocystis jivoreci**
 - Wie hoch war Ihre Temperatur? Wer hat Ihre Temperatur gemessen?
 - Haben Sie Probleme, Luft zu bekommen? Wenn ja, ist Luftnot Belastungsabhängig oder tritt sie auf, wenn Sie sich gar nicht bewegen?

- Haben Sie Schmerzen beim Atmen? Treten die Schmerzen bei Ein oder Ausatmen?
- Müssen Sie vermehrt schwitzen?
- Haben Sie geschwollene Beine in letzter Zeit bemerkt?

*** Risikofaktoren von Pneumonie:**

***Bakterielle Mandelentzündung oder Grippe :**

- Haben Sie Halsschmerzen?
- Hatten Sie in letzter Zeit Gelenk oder Gliederschmerzen?

***GI**

- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?
- Haben Sie saures Aufstoßen bemerkt?
- Haben Sie erbrochen?

***Streptokokken Infektion, die auch Meningitis auslösen kann:**

- Haben Sie schmerzhafte Lichtempfindlichkeit (Lichtsscheu)
- Haben Sie Nackensteife bemerkt?

***Herpes oder Varizelle (Pneumonie ist eine Komplikation dafür)**

- Hatten Sie in letzter Zeit einen Hautausschlag?

***Lungenkrebs (kann Pneumonie auslösen)**

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- Passt Ihnen alten Kleider noch? Oder sind Sie inzwischen so groß oder so klein?
- Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
- Sind Sie heiser?
- **Legionellose:**
 - Haben Sie Kopf oder Bauchschmerzen?
 - Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert?

- Haben Sie verkrampft? (treten bei der Hyponatriämie)
- **TB:**
 - Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?
 - Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?
 - Haben Sie Vergößerungen Ihrer Lymphknoten bemerkt? Bei welchem Bereich?

T: s.o

E: s.o

S: für die Schmerzen ob es Schmerzen gibt.

Beinschmerzen

S: s.o

O: s.o

C: s.o

R: s.o

A: (PaVk, Zellulitis – Entzündung des Zellgewebes-, TVT, Pumpversagen des Herzens, Unfall oder Zickenbiss)

- **PaVK:**
 - 1) Wie weit können Sie laufen, ohne dass die Schmerzen auftreten?
 - 2) Leiden Sie unter Taubheitsgefühl oder Kältegefühl in den Beinen?
 - 3) Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? Heilen diese schlecht ab?
 - 4) Hat sich die Haut in diesem Bereich verändert?
 - 5) Leiden Sie unter Muskelkrämpfe?
- **Zellulitis- Entzündung des Zellgewebes-**
 - 1) Haben Sie Fieber?

2) Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall oder Zickenbiss dabei?

- **Tief venenthrombose**

1) Ist das Bein überwärmt und geschwollen?

2) Haben Sie Brustschmerzen?

3) Ist Bluthusten aufgefallen?

4) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?

5) Haben Sie Appetitlosigkeit in letzter Zeit?

6) Haben Sie Herzrasen?

*Beim Frauen:

6) Waren Sie schon einmal schwanger?

7) ist es möglich, dass Sie Schwanger Sind?

8) gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft?

9) hatten Sie Fehlgeburt oder Schwangerschaftabbrachen?

- **Pumpversagen des Herzens:**

1) Haben Sie Probleme Luft zu bekommen? Wenn ja, treten die Atemnot in Verbindung mit Belastung oder auch in der Ruhe auf?

2) Müssen Sie Nachts zum Wasserlassen aufstehen?

- **Schilddrüsenunterfunktion:**

1) Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert?

2) Haben Sie schlechtes Vertragen der Kälte?

3) Leiden Sie unter Schlafstörungen?

4) Haben Sie Haarausfall bemerkt?

T: s.o

E: s.o

S: s.o

Periphere arterielle Verschlusskrankung. (PaVK)

- Ist eine Krankheitsbild, das durch eine fortschreitend Stenosierung bzw. Okkludierung der arteriellen Arm oder Bein Gefäße entsteht.
- **Einteilung:**
 - 1) Stadium 1:
 - Symptomfrei
 - Meist klinischer Zufallbefund (fehlende periphere Puls)
 - 2) Stadium 2:
 - **Schaufensterkrankheit (Claudicatio Intermittens)**
 - **A:** Beschwerdefreie Gehstrecke > 200 m
 - **B:** Beschwerdefreie Gehstrecke <200 m
 - 3) Stadium 3
 - Ruheschmerz
 - 4) Stadium 4
 - Trophische Störung (**Nekrose, Ulzera oder Gangerän**)
- **Type:**
 - A) B- Typ (Beckentyp)
 - Aortoiliakale Arterie.
 - Po Schmerzen (Gesäßbacke und Huftscherzen)
 - **Leriches Syndrom:**
 - 1) **Potenzstörung (Erektionsstörung)**
 - 2) **Huft und Gesäßbeckeschmerzen**
 - 3) **Fehlende Puls der Oberschenkelarterie.**
 - B) O-Typ (Oberschenkeltyp)
 - Oberschenkelschlagader
 - C) U-Typ (Unterschenkeltyp)
 - **Wadenschmerzen:**
 - 1) **Obere zweidrittel der Waden:**
 - Oberflächliche Obershenkelarterie (Arteria femoralis Superfacialis)
 - 2) **Untere Eindrittel der Waden:**
 - Kniekehlenarterie Erkrankung.

- **Pathogenese:**
 - Die PaVK entsteht zu über 90% der Fälle auf dem Boden einer Arteriosklerose.
 - Somit kommt es zum Verlust von:
 - 1) Haarbalg – Haarfollikle-
 - 2) Schweißdrüsen
 - 3) Talgdrüse-Fettdrüsen-
- **Diagnostik:**
 - Körperliche Untersuchung:
 - 1) Inspektion: Hautfarbe und Störung der Trophik
 - 2) Palpation: Pulsstatus
 - 3) Auskultation: Maschinenartige Schunt geräusche distal der Stenose
 - 4) Prüfung von Sensibilität und Hauttemperatur.
 - **Knöchel-Arm-Index:**
 - 1) **Initialer Test**
 - 2) Der Unterschied zwischen dem Blutdruck im Knöchel und Blutdruck im Arm.
 - 3) Normalerweise ist der Blutdruck wegen der Gravidität höher im Knöchel
 - 4) Die Befunde:
 - >1.3: Verkalkung der Gefäße.
 - 0.9-1.3: normalerweise
 - <0.9: PaVK
 - **Dopplersonographie**
 - **Bildgebende Diagnostik:**
 - Farbdopplersonographie
 - CT-Angiographie (**Akkurater Test**)
 - Magnetresonanz Angiographie
 - **CRP, HBA1C, Nüchternblutzucker.**
- **Optionen der Therapie:**
 - 1) Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren
- Rauchen und Hyperlipidämie

- 2) Sport: für Stadium 1 und 2
- Für 3 Monate, 3 Mal/Woche, 30 Min für jedes Mal.
- 3) Medikamente:
 - Thrombozytenaggregationshemmer (Acetylsalicylsäure)
 - Cilostazol : mit bestehenden Symptome im Stadium 1 und 2, nach dem Versuch von Nummer 1 und 2. Oder Im Stadium 3 und 4.
 - Prostanide (Alprostadil- Prostaglandin E1): mit bestehenden Symptome im Stadium 1 und 2, nach dem Versuch von Nummer 1 und 2. Oder Im Stadium 3 und 4.
- 4) Operativ: mit bestehenden Symptome im Stadium 1 und 2, nach dem Versuch von Nummer 1 und 2. Oder Im Stadium 3 und 4.
 - Perkutane Transluminale Angioplastie
 - Thromboendarterektomie
 - Bypass Operation.
- **Komplikation:**
 - Die häufigste Komplikation ist MI.
 - Amputation/Abtrennung ist in 1-2% der Fälle benötigt.

- **Phlegmone**
 - Diffuse eitrige Entzündung im interstitiellen Raum des Bindegewebes (Fascia) durch Bakterien.
 - Meist liegt der Phlegmone eine bagatellverletzung (minor injury) der Haut zugrunde.
 - Andere Ursache: Hämatome.
 - Die verantwortlichen Erreger sind überwiegend Streptokokken und Staphylokokken (eitrige-purulente Phlegmone)
 - Staphylokokken häufiger als Streptokokken.
- **Einteilung nach Lokalisation:**
 - Kutan
 - Subkutan
 - Interstitielle
 - Intramuskulär

- **Komplikationen:**

- Eine gefürchtete Komplikation bei der Infiltration von Muskelsehnengewebe ist die nekrotisierende Fasziiitis, desweiterin kann eine Abszessbildung an verschiedenen Lokalisationen stattfinden.
- Bei großflächigen Gewebsnekrosen besteht zusätzlich die Gefahr einer Sepsis.

- **Symptome:**

- 1) Reduzierte Allgemeinzustand mit ausgeprägten Krankheitsgefühl.
- 2) Fieber
- 3) Schmerzhaft überwärmte Schwellung, die sich nur unscharf Umgebung abgegrenzt. Im Gegensatz zum **Erysipel** steht bei der Phlegmone nicht die Rötung, sondern die Schwellung des betroffenen Bereichs im Vordergrund.

- **Diagnostik:**

Labor: erhöhtes C-reaktives Protein, Leukozytose und erhöhte BSG.

- **Therapie:**

Systemische Gabe von Antibiotika in hohen Dosen (**gilt für alle systemische Hautentzündungen**) :

- **Oxacillen, Nafcicillen**
- Wundspülung/Wunddrainage und Ruhigstellung.

- **Tief Venenthrombose –Phlebothrombose-**

- Thromotischer Verschluss tiefer Venen, die mit der Gefahr einer Lungenembolie oder der Entwicklung einer chronisch venösen Insufizient einhergeht.
- Viele Tiefe Thrombosen verlaufen stumm.
- Die Unterschenkelregion, meist links ist prädisloktionstelle.

- **Ursachen:**

- 1) Verlangsamung der Strömungsgeschwindigkeit: Immobilisierung des Patienten oder Traumatisierung der Vene führt zur Stase.
- 2) Wandveränderung: beruht auf Verletzungen, Operationen oder Entzündungen.

- 3) Gerinnungstörung: als Ursach dafür kommen hämatologische oder neoplastische Erkrankungen in Frage.
1,2,3 sind Virchow Trias.
- Zudem, Patienten die sich einem chirurgischen Eingriff im Bauch- oder Beckenbereich unterziehen müssten, sind in der postoperativen Phase besonders gefährdet, eine Phlebothrombose zu entwickeln.
 - Auch bei Wöchnerinnen (postpartum) ist das Risiko erhöht.
 - **Symptomatik:**
 - Können asymptomatisch verlaufen, typische Symptome bei ausgeprägten Venenthrombose sind:
 - 1) Ödeme am Fußknöchel, am Unterschenkel der am ganzen Bein.
 - 2) Gerötete und gespannte Haut, Eventuel mit Lividen bis zyanotischer Verfärbung.
 - 3) Spannungsgefühl oder Schmerzen in Fuß, Wade oder Kniekehle, die sich bei Hochlagerung verbessert.
 - 4) Wärmegefühl oder Überwärmung des betroffenen Beines.
 - 5) Erweiterung der oberflächlichen Venen am Unterschenkel.
 - 6) Subfebrile Temperaturen.
 - **Komplikation:**
 - In 10%-30% der Fälle führt eine Phlebothrombose nachfolgend zur Lungenembolie.
 - **Diagnostik:**
 - Homans Zeichen: die Dorsalflexion des Fußes bei gestrecktem Bein löst beim Patient einen Schmerz in der Wade aus.
 - Payr-Zeichen: der Untersucher drückt mit den Fingern die Fußsohle ein, eine bestehende Druckschmerzhaftigkeit, insbesondere der medialen Fußsohle weist auf das Vorliegen einer Venenthrombose hin.
 - Wells Score (siehe LE)
 - Bestimmung des D-Dimers, normale Bestimmung schließt TVT aus.
 - Duppler Sonographie.
 - **Therapie:**
 - Heparin + Warfarin.

- Andere Optionen sind: Fondaparinox, Dabigatran, Rivaroxaban oder Apixaban.
 - Im Becken- Leistenbereich kann auch eine Thrombektomie in Betracht gezogen werden.
-

Bauchschmerzen oder/mit Durchfall

S: s.o

O: s.o

C: s.o

R: s.o

A:

- **Chronische entzündliche Darmerkrankung/ Kolonkarzinom**
- **Durchfall:**
 - 1) Hat sich Ihr Stuhlverhalten in letzter Zeit merklich verändert? Müssen Sie häufig auf die Toilette gehen?
 - 2) Wie oft pro Tag bzw. Pro Woche müssen Sie auf die Toilette gehen? Wann war das letzte Mal?
 - 3) Müssen Sie Nachts zum Stuhlgang aufstehen?
 - 4) Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
 - 5) Leiden Sie unter vermehrten Stuhldrang?
 - 6) Hat sich die Farbe des Stuhls verändert? (Schwarztee, Schwarz, weiß oder Blutig)
 - 7) Hat sich die Konsistenz des Stuhls verändert? (wässrig, schleimig, Flüssig oder dickflüssig)?
 - 8) Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert?
- **Assoziierte Symptome**
 - 1) Haben Sie Fieber?
 - 2) Ist Ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?
 - 3) Fühlen Sie sich Müde oder abgeschlagen?

- 4) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
 - 5) Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
 - 6) Haben Sie vermehrte Gelenkschmerzen?
 - 7) Haben Sie Hautveränderung wie Rotfärbung oder Geschwürbildung bemerkt?
 - 8) Haben Sie Augenerkrankungen wie Entzündungen festgestellt?
 - 9) Haben Sie in letzter Zeit häufiger Mundfäule bemerkt?
 - 10) Haben Sie Schwierigkeiten und Schmerzen beim Schlucken?
- **Gastroenteritis oder Allergien (falls die Durchfall akut ist)**
 - 1) Haben Sie beobachtet, dass die Aufnahme von speziellen Lebensmittel zu den Schmerzen führt?
 - 2) Haben Sie in den letzten Stunden etwas speziellen gegessen? Wie Pilze, Eier, Mayonnaise oder Hünnerfleisch?
 - 3) Sind Sie auf bestimmte Lebensmittel allergisch?
 - 4) Haben Sie Vollgefühl? Leiden Sie an Blähnungen?
 - **Atherosklerose der Bauchsclagader (blutig Diahrröe mit Bauchschmerzen)**

Haben Sie Brustschmerzen?
 - **Fällt Ihnen in diesem Zusammenhang etwas ein, das wichtig sein könnte?**

T: s.o

E: s.o

S: s.o

- **Chronische entzündliche Darmerkrankung:**
 - Schubweise rezidivierende oder kontinuierliche auftretende entzündliche Veränderungen des Darms.
- **Morbus Crohn:**
 - Bevorzugt Ileum und Kolon. (Krummdarm und Dickdarm), seltener Ösophagus und Mund.

- Charakterisierend für Morbus Crohn ist der diskontinuierliche, transmurale und segmentale Befall (sog. Skip lesions) der Schleimhaut.
- **Häufigbetroffene Regionen:**
 - Krummdarm
 - Ileozökalklappe
- **Extraintestinale Manifestation:**
 - Haut/Schleimhaut: erythema Nodosum oder Pyoderma Gangerosum
 - Gelenke: Arthritis/ Sakroilitis oder ankylosierende Spondylitis.
 - Augen: Uveitis/ Episkleritis und Keratitis
 - Amyloidose.
- **Komplikationen:**
 - 1) Fisteln oder Fissuren: enteroenterische, Enterovesikal, enterovaginal oder perianal/ Rektal.
 - 2) Meschanischer Ileus: wegen der Fibrose.
 - 3) Karzinome: vor allem für dünn darmkarzinome
 - 4) Perniziöse Anämie: durch Malabsorption von Vitamin B12 im terminalen Ileum.
 - 5) Nierenstein (Kalzium-Oxalat) , wenn Krummdarm betroffen ist:
Wegen der verminderten Absorption von Gallensäure bzw. Fettabsorption, und Kalzium wird mit Fett verbunden, infolge besteht eine Befreiung von Oxalat, die normalerweise mit Kalzium binden.
- **Diagnostik:**
 - Laboruntersuchungen: hier sind typisch die Entzündungsparameter (Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG odr ESR), und CRP) erhöht.
 - Abdominelle Sonographie: die im Ultraschall erkennbare segmentale Verdickung von Abschnitten der Darmmukose ist für Morbus Crohn charakteristisch.
 - Koloskopie mit Biopsie entnehmen: im endoskopischen Bild von Colon und Ileum lassen sich bereits im Frühstadium schleimhautläsionen und fleckige Rötung erkennen. Aber während eines akuten Schubs finden sich Ulzerationen, Fissuren sowie Fisteln, Stenosen sind dabei eher eine Spätfolge, auch die bei der Koloskopie entnommene Biopsie lässt sich pathologisch analysieren.

- Kapselendoskopie
- **Differentialdiagnose:**
- Appendizitis
- Divertikulitis
- Darmtuberkulose
- Colitis Ulzerose
- **Therapie:**
- Ziel der Therapie ist in der ersten Linie Linderung der Symptome und die Verringerung der Anzahl akuter Schübe.
- **Akuter Schub:**
- Die Behandlung eines akuten Schubs erfolgt nach der Schwere des Schubs. Basismaßnahme ist eine Diät, eventuell kombiniert mit parenteraler Ernährung oder Vollresorbierbarer Flüssignahrung.
- **Milden Schüben:** Mesalazin
- **Schwere Schüben:**
- Glukokortioide (mit Budenonid kann eine Vorwiegende (predominant) lokale Wirkung im Darm erreicht werden, da es einem hohem first-pass-Effekt unterliegt.
- Ist der Schub dennoch nicht zu durchbrechen (breach), kommen Zytostatika wie Azithioprin und Methotrexat zum Ersatz.
- **Langezeittherapie:** mesalazin
- **Immunsuppression:** zur Immunsuppression werden Glukokortioide in möglichst niedriger Erhaltungsdosis verwendet.
- Alternativen sind Immunsuppressiva wie Azithioprin/ 6 mercatoprin oder Methotrexat.
- **Engmaschiges Monitoring ist notwendig.**
- **Perianale Morbus Crohn:** Metronidazole+ Ciprofloxacin
- **Fisteln:** TNF alpha Blocker, ist eine Verbesserung nicht geschiedenm dann Chirurgie. Es handelt sich um monoklonale Anti-Körper wie Infliximab oder Adalimumab, Natalizumab.

- **Chirurgische Therapie:**

Colitis Ulcerosa: kontinuierliche und symstemischer Befall der Kolonschleimhaut von distal nach proximal.

- Im Gegensatz zum Morbus Crohn, bei dem gesamten Darmwand betroffen ist, handelt es sich bei Colitis Ulcerosa um eine Erkrankung, die ausschließlich den Dickdarm betrifft und hier nur von den oben Wandschichten (Mukosa und Submukosa) ausgeht.
- Lokalisation: die Colitits Ulcerosa ist zu Beginn der Erkrankung meistens in Rektumlokalisiert. Im Verlauf erfolgt eine Ausdehnung nach oral bis hin zur Pankolitis, die Entzündung des gesamten Colons ist.
 - Prokolitis: 15%
 - Zusätzlich bis zur linken Flexur: 40%
 - Zustätzlich Colon transversum: 25%
 - Pankolitis: 20%
- Symptomatik: Durchfälle mit Tenesmen.
- Einteilung und Schweregrad:

Leichter Schub	Mittelschwerer Schub	Schwerer Schub
<ul style="list-style-type: none"> - Bis zu 5 blutig/schleimig Stuhlentleerung pro Tag. - Kein Fieber - Kein herabgesetzter (reduced) allgemeinzustand 	<ul style="list-style-type: none"> - Bis zu 8 blutig/schleimig Stuhlenentleerung pro Tag - Tenesmen - Leichtes Fieber 	<ul style="list-style-type: none"> - Über 8 blutig/schleimig Stuhlenentleerung - Hohes Fieber - Tachykardie - Druchschmerzhaftes Abdomen - Schlechter AZ

- Extraintestinale Manifestation: wie Morbus Crohn, aber mit primär sklerosierende Cholangitis.

- Komplikationen:
 - 1) Toxisches Megacolon: Entzündung aller Darmwandschichten mit Diltation des Colons auf einen Durchmesser mehr als 10 Cm – Gefahr der Perforation-
 - 2) Blutungen
 - 3) Cholilithiasis
 - 4) Karzinom
- Verlaufsformen:
 - Chronisch rezidivierender Verlauf: exazerbationen durch physische und Psychische Stress im Wechsel mit kompletter Remission.
 - Chronisch Kontinuierlicher Verlauf: Beschwerden nehmen an Intensität ab oder zu, aber es kommt nicht zur Remission.
 - Akuter Fluminanter Verlauf: plötzlicher Krankheitsbeginn mit Schocksymptomatik.
- Defferentialdiagnose:
 - Infektiöse Kolitis
 - Bakteriell: Campylobakter Jejuni, Salmonella, Enteropathogene E.coli.
 - Vaskulär-bedingte ischämische Kolitis.: Embolie, Arteriosklerose, Polyarteriites Nodosa.
 - Divertikulitis.
- Diagnostik:
 - Digital-rektale Untersuchung
 - Blutbild, CRP, Blutsenkungsgeschwindigkeit, gamma-Glutamattransferase-
 - P-Anca
 - Stuh auf Pathogene Keime (germs) – Mikrobiologie.
 - Fäkale Neutrophilermarker.
 - Koloskopie mit Stufenbiopsie in mendestens 5 verschiedenen Kolonabschnitten.
- Sonographie:
 - Eventuell Wandverdeckungen sichtbar, ermöglicht einen groben Überblick über die Ausbreitung.
- Kontrollkoloskopie zur Karzinomfrüherkennung in UC:

- Bei Pankolitis >8 Jahren oder linkseitige Kolitis >12 Jahren ist eine komplette Koloskopie mit Stufenbiopsie in den ersten beiden Jahren jährlich, dann alle 2 Jahren zu empfehlen.
- Bei Dysplasie muss eine Bestätigung eines zweiten pathologen, dann nach 6 Monaten eine erneute kontroll-Koloskopie erfolgen. Ist dann immer noch eine Dysplasie vorhanden, ist dies eine Indikation zur prophylaktischen Kolektomie.
- Therapie:
 - Leichter Schub: 5-Aminosalicylsäure,
Beim rektalen Befall: Steroidhaltige Klysmen.
 - Mittelschwerer Schub: Dosis Erhöhung + Prednison
 - Schwerer Schub: Prednison-Dosis Erhöhung + komplette parenterale Ernährung+ Parenterale Substitution von Elektrolyten, Eiweiß und Blut. + Cicolsporin + Antibiotika.
 - Bei Therapie-resistenz bzw. Kontraindikationen gegen über konservativer Therapie: Adalimumab.
- Chirurgie:
 - Chirurgische Akuttherapie:
 - 1) Fluminanter-schwerer Schub (keine Besserung nach 3 Tagen)
 - 2) Toxisches Megacolon
 - 3) Perforation
 - 4) Blutung.
 - Effektive chirurgische Therapie:
 - 1) Epitheldysplasie (durch 2 pathologen bestätigt)
 - 2) Retardiertes Wachstum bei Kindern.
 - 3) Kontraindikationen gegen Medikamentöse Langzeittherapie.

	CU	MC
Lokalisation	Kolon	Gesamtverdauungstrakt
Rektum-Beteiligung	Immer	20%

Ausbreitung	Retikulär-Kontinuierliche von distal nach proximal	Diskontinuierliche von proximal nach distal
Niveau	Schleimhaut	Transmural
Klinik	Blutig-schleimige Durchfälle	Abdominalschmerzen und Durchfälle meist ohne Blut
Extraintestinale Symptome	Selten	Häufig
Typische Komplikationen	Toxisches Megacolon und Blutungen	Fisteln, Fissuren, Abszessen und Stenosen.
Röntgen	Lang-glattes Rohr (Fahrradschlauch)	Fissuren, Stenosen
Endoskopie	Diffuse Rötung, Vulnerabilität-Kontaktblutung-, unscharf begrenzte Ulzerationen und Pseudopolypen	Aphthöse Läsionen, scharf begrenzte Ulzerationen, Stenosen, Fisteln und Pflastersteinphänomen
Histologie	Mukos/Submukos, Kryptenabszesse	Epitheloidgranulome

Kolorektales Karzinom: bösartige Neoplasie des Dickdarms oder Mastdarms.

- Über 90% der kolorektalen Tumoren sind Adenokarzinom, die übrigen verteilen sich über seltene Entitäten, wie zum Beispiel Karzinoide und Lymphome.
- Labor: Eisenmangelanämie.

- Lokalisation: am häufigsten treten kolorektale Karzinome im Bereich des Rektums und des Colon sigmoideum auf ca.70%, im absteigender Häufigkeit sind auch das Colon Ascendes und die restlichen Dickdarmabschnitte betroffen.
- Metastasierungsmuster:
 - Kolorektale Karzinome metastasieren Hämatogen über die Vena Portae in die Leber und darauf hin in die Lunge und das Gehirn.
 - Während tiefen Retumkarzinome primär über die Vena-Cava-Inferior in die lunge metastasiert.
 - Ähnliche Aspekte ergeben sich für den Lymphabfluß.
 - Die lokale Ausbreitungstendenz wird maßgeblich durch die Lage verhältnisse zum peritoneum bestimmt.
- Diagnostik:
 - Digitale-rektale Untersuchung
 - Vollständige Koloskopie mit Biopsie
 - Kontrastmittelabfuhr.
 - Zur Bestimmung des Tumorstadiums (Staging) und die Therapieplanung sind folgende Untersuchungen erforderlich:
 - 1) Abdoemensonographie: zur Suche nach Lebermetastasen, alternativ CT oder MRT des Abdomens.
 - 2) Röntgen-Thorax: zur Suche nach Lungen-metastasen, alternativ ist CT des Thoraxes
 - 3) Labormedizinische Bestimmung der Tumormarker CEA zur Verlaufkontrolle und zur Erkennung von Rezidiven.
- Vorsorgeuntersuchung (Screening)
 - Ist die Koloskopie ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahren empfohlen.

Gastroenteritis (Magen-Darm-Grippe)

- Schleimhautentzündung von Magen und Dünndarm
- Ursachen:
 - 1) Infektiös: Bakterien und Viren
 - 2) Allergisch: Nahrungsmittel Allergie
 - 3) Toxisch: Bakterientoxine, Giftstoffe.

- Pathogene:
 - Sekretionstyp
 - Penetrationstyp
 - Invasionstyp
- In den meisten Fällen gibt es eine Spontan Remission innerhalb von 24 Stunden.
- Meldepflicht:
 - 1) Salmonella Typhi
 - 2) Enterohämorrhagische Coli-Bakterien
 - 3) Norovirus
 - 4) Vibrio-Cholera
 - 5) Rotavirus.



Zweiter Teil – Briefschreiben, Fallvorstellung

Herr/Frau xxx stellte sich wegen (Hauptbeschwerden) vor. Er berichtet seit xxx die Symptome zu bemerken. Die Symptome habe plötzlich/langsam aufgetreten. Die Schmerzen seien (Charakter) und am xxxx lokalisiert. Sie seien von (Begleitsymptome) begleitet. Eine Ausstrahlung in xxxx habe er/sie auch bemerkt. Die Beschwerden seien durchgehend da (oder schubförmig). Als auslösende Faktoren waren xxxx und xxx zu erheben. Die Schmerzintensität sei 3 von 10 gewesen. Die Fragen nach xxxx wurden verneint.

Vorerkrankungen: Als Vorerkrankungen seien xxx vorbekannt.

Medikamente und Allergien: Er/sie nehme (Medikamente) ein und sei auf (Allergien) allergisch.

Noxen: Er/sie rauche xxx Zigaretten pro Tag und trinke (z.B 2 Flaschen Bier) pro Tag.

Familienanamnese: (Erkrankungen in der Familie z.B Migräne) sei in der Familie vorbekannt. Oder Die Schwester leide an Migräne. Der Vater sei an xxxx verstorben.

Sozialanamnese: Er wohne mit der Ehefrau / alleine, habe 3 Kinder und sei Gärtner von Beruf (oder sei Rentner und habe als xxx gearbeitet).

Andere Redemittel:

- Er habe nicht mehr (Symptome z.B Schlafen) können.
- Die Schmerzen seien am stärksten nachts
- Er habe (Schmerzmittel z.B Metizamizol) eingenommen, darunter habe er Besserung/keine Besserung der Beschwerden bemerkt.
- Ein Temperatur von xxx sei bei ihm/ihr gemessen.
- Andere Beschwerden im Sinne von xxx habe er/sie nicht bemerkt.
- Er/sie habe an Gewicht zu/abgenommen.

Dritter Teil

Begriffe

Mediznisch	Umgang	Mediznisch	Umgang
Adnexitis	Entzündung von Eileiter, Eierstock und umgebendem Gewebe	Metabolisch:	Stoffwechselbedingt
Delirant	Wahnsinnig	Nephrotoxisch:	Nierenschädigend
Caput:	Kopf	Rethinopathie:	Netzhauterkrankungen
Calcaneus	Fersenbein	Infusion:	Flüssigkeit und Medikamente Einführung in eine K
Parenterid Am Darm:	vorbei	Malabsorption:	Schlechte Aufnahme
Hospiz:	Einrichtung von Pflege und Betreuung Sterbebeder	Panzytopenie:	Eine Zellzahlabnahme in alle 3 Zelleine
Nekrose:	Absterben von Zellen	Visus:	Sehstärke
Malnutrition:	Fehlerährung	Miosis:	Pupillenverengung
Mydriasis	:Pupillen erweiterung	Amnesie :	Gedächtnisverlust
Inhalation:	Einatmung	Remission:	Nachlassen

Vertebral :	Zur Wirbelsäule	Genu:	Knie
Enteral:	Der Darm bzw.Die Eingeweidebetreffend	Nullipara:	Frau, die noch kein Kind geboren hat
Infertil:	Unfähig, eine Schwangerschaft aufzutragen	Diagnose :	Bewertende Zusammenfassung
Photother:	Lichtbehandlung	Adenom:	Meist gutartige Neubildung
Insult/ Hirnfarkt:	Schlaganfall	Pruritis:	Juckreiz
Juvenil :	Jugendlich/ noch nicht voll entwickelt	Extrauterin Gravidität:	Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter
Intubation:	Ein Rohr durch der Atemweg führen	Laparotomie :	Operativ Öffnung der Bauchhöhle
Letal :	Tödlich	Peripher :	In den äußeren Zonen des Körpers
Drainage:	Abfluss der Flüssigkeit von Körperhöhlen	Phlebothrombose:	Tiefe Venenthrombose
Prätibial :	Vor dem Schienbein gelegen	Vomitus:	Kotzen

I.V :	Innerhalb eines Blutgefäßes	Antikoagulans:	Die Blutgerinnunghemmendes Mittel
Angiologisch:	Die Angiologiebetreffend	Teil :	Part
Anesthesist:	Narkosearzt	Ikterus:	Gelbsucht
Gicht:	Arthritis Urica	Abusus:	Missbrauch
Prävention:	Vorsorgung	Latent:	Verborgен
Genu-Valgum :	X_Bein	Genu Varum:	O_Bein
Superfiziell :	Oberflächlich	VWI :	Vorder Wandinfarkt
Glukose:	Traubenzucker	QRSKomplex:	Eine Kurvenbestandteil des EKG
Ventral:	Den Bauchbetreffend	Luxation:	Verrenkung eines Gelenks
Sedation :	Beruhigen durch einen Wirkstoff	Parkinson:	Schüttellähmung
Substituieren:	Ersätzen, Austauschen	Mukolytikum:	Schleimlöser
Artikularis:	Zum Gelenkgehörend	Schizophrenie:	Die Bewusstseinspaltung

In Faust :	Ungünstig	Rostrum:	Der Schnabel
Zellen im Blut:	Blutkörperchen	Tracheostomie:	Luftröhrenschnitt
Erythrozyt:	Rotes Blutkörperchen	Whipple-OP:	Pankreasoperation nach Whipple
Retikulozyt:	Jugendliches rotes Blutkörperchen	Temporalregion:	Schläfengegend
Leukozyt:	Weißes Blutkörperchen	Sinus frontalis:	Stirnhöhle
Makrophage:	Fresszelle	Sinus maxillaris:	Kieferhöhle
Thrombozyt:	Blutplättchen	Oberlippenbart:	Schnurrbart
Hämoglobin:	Blutfarbstoff	Konjunktiva:	Bindehaut
Hyperlipidämie:	Erhöhte Blutfettwerte	Cornea:	Hornhaut
Arthroskopie:	Gelenkspiegelung	Iris:	Regenbogenhaut
Gastroskopie	Magenspiegelung	Orbita:	Augenhöhle
Koloskopie:	Darmspiegelung	Retina:	Netzhaut

Laparoskopie:	Bauchspiegelung	Nervus opticus:	Sehnerv
Rektoskopie:	Mastdarmspiegelung	Cerumen:	Ohrenschmalz
Zystoskopie:	Blasenspiegelung	Cochlea:	Ohrschnecke
Hämodialyse:	Blutwäsche	Tuba auditiva:	Ohrtrompete
Adductor:	Heranführend	Nasenseptum:	Nasenscheidewand
Exstirpation:	Vollständige Entfernung	Epithelkörperchen:	Nebenschilddrüse
Hysterektomie :	Gebärmutterentfernung	Ösophagus:	Speiseröhre
Infusion:	Flüssigkeitsgabe in die Venen	Trachea:	Luftröhre
In-Vitro-Fertilisation:	Künstliche Befruchtung	Perikard:	Herzbeutel
Physiotherapie :	Krankengymnastik	Myokard:	Herzmuskel
Polyp:	Geschwulst	Endokard:	Herzinnenhaut
Reanimation:	Herz-Lungen-Wiederbelebung	Koronargefäß :	Herzkranzgefäß

Resektion:	Teilentfernung	Ductus Choledochus:	Hauptgallengang
Atrium:	Herzvorhof	Pankreas:	Bauchspeicheldrüse
Ventrikel:	Herzkammer	Mesenterium:	Gekröse
Alveole:	Lungenbläschen	Omentum minus:	Kleines Netz
Pleura	:Brustfell	Ureter:	Harnleiter
Thorax:	Brustkorb	Urethra:	Harnröhre
Sternum:	Brustbein	Prostata:	Vorsteherdrüse
Diaphragma:	Zwerchfell	Corpus luteum:	Gelbkörper
Axilla:	Achselhöhle	Uterus:	Gebärmutter
Ulna:	Elle	Zervix:	Gebärmutterhals
Radius:	Speiche	Endometrium:	Gebärmutterschleimhaut
Peritoneum:	Bauchfell	Plazenta:	Mutterkuchen

Pylorus:	Magenpförtner	Vagina:	Scheide
Duodenum:	Zwölffingerdarm	Hymen:	Jungfernhäutchen
Jejunum:	Leerdarm	Labien:	Schamlippen
Ileum:	Krummdarm	Skrotum:	Hodensack
Zäkum:	Blinddarm	Femur:	Oberschenkelknochen
Appendix:	Wurmfortsatz	Patella:	Kniescheibe
Kolon:	Grimmdarm	Fibula:	Wadenbein
Rektum:	Mastdarm	Tibia:	Schienbein
Sigma:	Teil des Dickdarms	Wade:	Knöchel
Anus:	After	Periost:	Knochenhaut
Sphinkter:	Schließmuskel	Bursa:	Schleimbeutel
Thorax:	Brustkorb	Liquor:	Nerven- oder Hirnwasser

Plexus:	Geflecht	Gefäß:	Ader
Arterie:	Schlagader	Aorta:	Hauptschlagader
Vene:	Blutader	Kapillare:	Haargefäß
Isthmus:	Engstelle	Carotis:	Halsschlagader
Aphagie:	Unfähigkeit zu Schlucken	Ösophagitis:	Entzündung der Speiseröhre
Ösophagusvari- zen:	Speiseröhrenkrampfader n	Gastroösophagea le Refluxkrankheit:	Entzündung der Speiseröhre aufgrund von Rückfluss
Magendivertik el:	Aussackung in der Magenwand	Gastritis:	Magenschleimhautentzündung
Ulcus ventriculi:	Magengeschwür	Ulcus duodeni:	Dünndarmgeschwür
Ulcus pepticum:	Geschwür im Magendarmtrakt	Duodenitis:	Zwölffingerdarmentzündung
Appendizitis:	Wurmfortsatzentzündung	Peritonitis:	Bauchfellentzündung
Adhäsion:	Verwachsung	Invagination:	(Darm-)Einstülpung
Volvulus:	Darmverdrehung	Duodenalverschl uss:	Dünndarmverschluss

Gallensteinileus:	Darmverschluss aufgrund von Gallensteinen	Paralytischer Ileus:	Darmstillstand
Zöliakie:	Glutenunverträglichkeit	Colon irritabile:	Reizdarmsyndrom
Crohn-Krankheit:	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung	Colitis ulcerosa:	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
Konvulsionen:	Krampfanfälle	Divertikulose:	Auftreten vieler Schliemhautaussackungen
Divertikulitis:	Entzündete Schleimhautausstülpungen	Hernie:	Eingeweidebruch
Kongenital:	angeboren	Inkarzeriert:	Eingeklemmt
Reponierbar:	zurückschiebbar	nicht reponierbar:	nicht zurückschiebbar
Stranguliert :	abgeschnürt	Hiatushernie:	Krankhafter Durchtritt von Magenanteilen durch das Zwerchfell
Zwerchfellhernie:	Durchtritt von Bauchorganen durch das Zwerchfell	Epilepsie:	Fallsucht
Femoralishernie:	Schenkelhernie	Meteorismus	: Blähsucht

Vigilanz:	Wachheit	Analfissur:	Afterriss
Analabszess:	Eiteransammlung des Afters	Hirnschwellung :	Hirnvolumenvermehrung
Fistel :	Pathologische rohrförmige Verbindung zwischen zwei Hohlorganen	Rektumprolaps	: Mastdarmpvorfall
Cholezystitis	Gallenblasenentzündung	Cholangitis :	Entzündung der Gallenwege
Sklerosierend :	verhärtend	Cholelithiasis:	Gallensteinleiden
Leberabszess:	Eiteransammlung in der Leber	Portale Hypertonie:	Pfortaderhochdruck
Pankreatitis:	Bauchspeicheldrüsenentzündung	Flatulenz :	Blähung
Meläna:	Teerstuhl	Obstipation :	Verstopfung
Pyrosis :	Sodbrennen	Ikterus:	Gelbsucht
Klappenstenose	Lumeneinengung der Herzklappe	Ischämie:	Durchblutungsstörung
Angina pectoris:	Brustenge	Herzinfarkt:	Herzattacke

Myokardinfarkt:	Herzattacke	Herzvitien:	Herzfehler
Coarotatio	:aortae Aortenisthmusstenose	Aortenklappe:	Herzklappe zwischen linker Herzkammer und dem
Anhidrose:	Fehlende Schweißbildung	Diastole:	Erschlaffungsphase
Mitralklappe:	Herzklappe zwischen linkem Vorhof und linker Herzkammer	Systole:	Ausströmungsphase
Pulmonalklappe:	Herzklappe zwischen rechter Herzkammer und dem Lungenschlagader	Klappeninsuffizienz:	Ungenügender Verschluss der Herzklappe
Trikuspidalklappe:	Herzklappe zwischen rechtem Vorhof und rechte Herzkammer	Endokarditis:	Herzinnenhautentzündung
Ventrikelseptumdefekt (VSD):	Eine Herzfehler, bei der die Herzscheidewand zwischen den Ventrikeln nicht vollständig verschlossen ist	Myokarditis :	Herzmuskelentzündung
Atriumseptumdefekt (ASD):	Eine Herzfehler, bei der die Herzscheidewand zwischen den Vorhöfen	Perikarditis :	Herzbeutelentzündung

	nicht vollständig verschlossen ist		
Tachykardie:	Schnellherzigkeit/Herzrasen	Bradykardie :	Langsamherzigkeit
Ventrikuläre Tachykardie:	Kammertachykardie	Extrasystole:	Extraschlag
Palpitationen:	Herzrasen	Kardiomyopathie:	Herzmuskelschwäche
Perikarderguss :	Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel	Perikardtamponade :	Herzbeuteltamponade
Herzneurose :	Herzangstsyndrom	Kardiomegalie :	Herzmuskelvergrößerung
Kardiomyopathie:	Herzmuskelschwäche	Pleuraerguss :	Flüssigkeit zwischen Lunge und Zwerchfell
Hypertonie:	Bluthochdruck	Essentielle Hypertonie:	Essentieller Bluthochdruck
Hypotonie:	Niedriger Blutdruck	Synkope:	Ohnmacht
Anaphylaktischer Schock:	Überempfindlichkeitsreaktion des Immunsystems	Hypovolämischer Schock:	Volumenmangelschock

	auf eine bestimmte Substanz		
Lungenembolie	Verstopfung eines Lungen/Pulmonalengefäßes durch einen Embolus	Schlafapnoe	Atemstillstand beim Schlafen
Pulmonale Hypertonie :	Erhöhung des Blutdruckes im Lungenkreislauf	Hirnfarkt:	Durchblutungsstörung des Gehirns
Thrombus:	Blutgerinnsel	Apoplex	:Schlaganfall
Atherosklerose :	Arterienverkalkung	Embolus	:Gefäßpfropf
Thrombose :	Intravasale Blutgerinnung	Koagel, Koagulum :	Blutkuchen
Embolie:	Verschluss eines Gefäßes durcheingeschwemmtes Embolus	Arteriitis :	Entzündung einer oder mehrerer Arterien
Rhinitis allergica :	Heuschnupfen	Thrombophlebitis :	Venenentzündung
Varize :	Krampfader	Aneurysma:	Aussackung
Aortenaneurysma :	Aussackung der Hauptschlagader	Tonsillitis:	Mandelentzündung

Rhinitis :	Nasenschleimhautentzündung	Epiglottitis :	Kehldeckelentzündung
Epistaxis:	Nasenbluten	Laryngospasmus :	Stimmritzenkrampf
Stridor:	Pathologisches Atemnebengeräusch	Pharyngitis :	Rachenentzündung
Hämoptoe:	Bluthusten	Laryngitis	:Kehlkopfentzündung
Asomnie:	Schlaflosigkeit	Sinusitis:	Nasennebenhöhlenentzündung
Sinusitis frontalis :	Stirnhöhlenentzündung	Sinusitis maxillaries :	Kiefernhöhlenentzündung
Nasenseptumdeviation:	Nasenscheidewandverkrümmung	Abszess der Lunge:	Eiteransammlung in der Lunge
Pneumonie :	Lungenentzündung	Viruspneumonie :	Virale Lungenentzündung
Bronchiektase :	Irreversible Ausweitung eines Bronchus	Bronchitis :	Entzündung der Bronchien
Emphysem:	Überblähung	Dyspnoe:	Atemnot
Asthma :	Chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege mit dauerhaft	Larynxödem:	Schwellung im Bereich des Kehlkopfs

	bestehender Überempfindlichkeit		
Lungenödem :	Wasserlunge	Abductor:	Abspreizernder
Pleuritis :	Brustfellentzündung	Siderose :	Eisenspeicherkrankheit
Galaktorrhoe:	Krankhafter Milchfluss	Uterusprolaps :	Gebärmuttersenkung
Uterusmyom:	Gutartiger Tumor der Muskulatur der Gebärmutter	Oophoritis :	Entzündung des Eierstocks
Ovarialzyste :	Gutartiger, flüssigkeitsgefüllter Tumor im Eierstock	Salpingitis :	Entzündung eines/beider Eileiter
Ovarialtorsion :	Ovarielle Stieldrehung/Drehung des Eierstocks	Dyspareunie	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
Kolpitis/Vaginitis :	Scheidenentzündung Vulvitis Entzündung der Scheideneingangs	Klimakterium/Menopause:	Wechseljahre
Vaginismus :	Scheidenkrampf	Amenorrhoe:	Ausbleiben der Regelblutung
Hämaturie:	Blut im Urin	Pyurie :	Eiterharn

Pollakisurie:	Häufiges Wasserlassen	Proteinurie:	Eiweiß im Urin
Dysurie:	Schmerzhafes Wasserlassen	Nykturie:	Nächtliches Wasserlassen
Pyelonephritis:	Nierenbeckenentzündung	Hydronephrose :	Wassersackniere
Nierenabszess:	Eiteransammlung in der Niere	Abducent :	Wegführend
Terminale Niereninsuffizienz:	Endstadium Nierenversagen	Zystitis :	Blasenentzündung
Urethritis:	Harnröhrentzündung	Harnröhrenstriktur :	Verengung der Harnröhre
Harninkontinenz :	Einnässen/Blasenschwäche	Phimose:	Vorhautverengung
Priapismus :	Dauererektion des Penis	Hydrozele:	Wasserbruch
Hodentorsion:	Hodendrehung	Orchitis :	Hodenentzündung

Epididymitis	Entzündung des Nebenhodens	Prostatahyperplasie:	Vergrößerung der Prostata
Enzephalitis	Hirngewebeentzündung	Meningitis:	Hirnhautentzündung
Myelitis :	Rückenmarksentzündung	Enzephalomyelitis :	Entzündung des Gehirns und Rückenmarks
Frontotemporale Demenz:	Morbus Pick	Chorea Huntington:	Veitstanz
Trigeminusneuralgie:	Gesichtsschmerz	Epileptischer Anfall:	Krampfanfall
Hydrozephalus :	Wasserkopf	Narkolepsie:	Schlummersucht
Hirnödem :	Hirnschwellung infolge von Intrakranielle Drucksteigerung	Alexie :	Leseunvermögen
Intrakranieller Raumforderung:	Raumforderung innerhalb des Schädels	Anarthrie :	Sprechstörung
Myasthenia gravis :	Autoimmune Nervenkrankheit, die Muskelschwäche verursacht	Aphasie:	Sprachstörung

Anterograde/Retrograde Amnesie	Vorwärtswirkende /rückwärtswirkende Gedächtnisstörung	Apraxie :	Verlust der gelernten Fähigkeiten
Dysarthrie :	Sprechstörung	Dyslexie:	Lesestörung
Dysphasie :	Sprachverarbeitungsstörung	Enzephalopathie	Krankhafte Veränderung des Gehirns
Faszikulationen:	Zuckungen	Fazialislähmung:	Gesichtslähmung
Hemiplegie:	Halbseitenlähmung	Kataplexie :	Lachschlag
Kinetose :	Reisekrankheit Parese Lähmung	Meningismus:	Schmerzhafte Nackensteifigkeit
Myoklonus :	Unwillkürliche Muskelzuckung	Paraplegie :	Querschnittslähmung
Rigidität	:Steifigkeit	Poliomyelitis	Kinderlähmung
Somnolenz :	Bwusstseinstörung mit eingeschränkter Vigilanz	Stupor :	Starrheit
Tetraplegie :	Vollständige Lähmung aller vier Extremitäten	Effloreszenz:	Pathologische Hautveränderung
Papel :	Knötchen	Pustel :	Eiterbläschen

Urtica :	Quaddel	Erosion :	Abschürfung
Atrophie:	Schwund	Petechien:	Punktblutungen der Haut
Purpura:	Kapillarblutungen in die Haut	Ekzem	:Juckflechte
Erythem :	Hautrötung	Exanthem	:Hautausschlag
Chloasma:	Hyperpigmentierung	Hämatom:	Bluterguss
Erythema nodosum:	Knotenrose	Gangrän	Wundbrand
Ulcus cruris:	Unterschenkelgeschwür/ Offenes Bein	Chronisches Ulcus:	Chronisches Geschwür
Dekubitalgeschwür	: Wundliegegeschwür	Pemphigus vulgaris:	Blasensucht
Lichen :	ruber	Planus:	Knötchenflechte
Psoriasis vulgaris :	Schuppenflechte	Urtikaria:	Nesselfieber
Vitiligo:	Weißfleckenkrankheit	Membrana tympanica:	Trommelfell/Paukenfell
Hämangiom;	Blutschwamm/Erdbeerfleck	Lymphangiom:	Gutartiger Tumor der Lymphgefäße

Basaliom/Basalzellkarzinom:	Weißer Hautkrebs	Melanom:	Schwarzer Hautkrebs
Rhinophym:	Knollennase	Impetigo contagiosa:	Borkenflechte
Lymphadenitis :	Lymphknotenentzündung	Phlegmone:	Wundrose
Pyodermie :	Eitrige Hautentzündung	Hautabszess:	Eiteransammlung in der Haut
Tinea Dermatophytose:	Dermatophytenerkrankung	Vaskulitis :	Entzündung von Blutgefäßen
Mykose:	Pilzerkrankung	Unguis incarnates :	Eingewachsener Nagel
Panaritium :	Nagelgeschwür	Otitis media:	Mittelohrentzündung
Benigner paroxysmaler Schwindel/Kupulolithiasis:	Gutartiger Lagerungsschwindel	Otitis externa:	Gehörgangsentzündung
Sinusitis maxillaris:	Kieferhöhlenentzündung	Sinusitis frontalis :	Stirnhöhlenentzündung
Sinusitis ethmoidalis:	Siebbeinhöhlenentzündung	Sinusitis sphenoidalis:	Keilbeinhöhlenentzündung
Presbyakusis :	Altersschwerhörigkeit	Cholesteatom :	Perlgeschwulst

Cerumen obturans :	Ohrenschmalzpropf	Trommelfellperforation:	Paukenfellentzündung
Anterior:	Vorne	Konjunktivitis:	Bindehautentzündung
Keratokonjunktivitis:	Kombinierte Entzündung von Hornhaut und Bindehaut	Keratitis:	Hornhautentzündung
Iridozyklitis :	Kombinierte Entzündung von Iris und Ziliarkörper	Optikusneuritis:	Entzündung des Nervus opticus
Angialgie ;	Spontan-, Belastungs- oder Druckschmerz der Blutgefäße	Chalazion :	Hagelkorn
Ektropium:	Auswärtsskipfung des Augenlids	Ptosis :	Herabhängen des oberen Augenlids
Exophthalmus :	Hevorstehender Augapfel	Enophthalmus:	Eingesunkener Augapfel
Pterygium	:Flügelfell	Katarakt (senile):	Grauer Star
Diabetische Retinopathie:	Zuckerkrankheitsbedingte Netzhauterkrankung	Glaukom :	Grüner Star
Optikusatrophie :	Schwund des Sehnerv	Strabismus:	Schielen

Nystagmus :	Augenzittern	Myopie	Kurzsichtigkeit
Astigmatismus :	Hornhautverkrümmung	Presbyopie:	Altersweitsichtigkeit
Akkommodation sstörung:	Anpassungsstörung	Diplopie:	Doppelsehen
Fraktur :	Bruch	Amputation:	Abtrennung
Antiemetika :	Arzneimittel gegen Übelkeit	Rippenserienfraktur :	Rippenserienbruch
Epidurale:	Blutung Hirnblutung zwischen Schädelknochen und Dura mater	Antizidie:	Arzneimittel zur Neutralisierung der Magensäure
Subduralblutung :	Einblutung in den Subduralraum des Schädels	Barotrauma:	Druckverletzung
Subarachnoidale Blutung:	Hirnblutung in den Subarachnoidalraum	Antibiotikum:	Arzneimittel gegen Krankheitserreger
Dekompressionskrankheit:	Kastenkrankheit	Hämatothorax	: Blutansammlung im Thorax
Fremdkörperaspiration:	Eintreten von Fremdkörper in die Atemwege	Hypothermie :	Unterkühlung

Strangulation :	Hängen	Aspiration:	Einatmungssog
Ileostoma :	Künstlicher Darmausgang	Arthrologie	: Gelenklehre
Allergie :	Krankhafte Reaktion des Organismus gegen Körperfremde Stoffe	Foeter:	Pathologischer Mundgeruch
Adrenal:	Nebennieren	Extra:	Außerhalb
Anovulatorisch :	Ohne Eisprung	Intra :	Innerhalb
Algophobie :	Krankhafte Angst vor Schmerzen	EEG :	Strömmessung des Gehirns
Klaustrophobie	:Platzangst	EKG :	Strömmessung des Herzen
Gynäkomastie	: Ein- oder doppelseitige Vergrößerung der Brustdrüse beim Mann	Kranium :	Schädel
Chondritis	: Knorpelentzündung	Gravidität:	Schwangerschaft
Demenz:	Schwachsinn	Proximal :	Rumpfnah
Hydrosalpnix:	Ansammlung seröser Flüssigkeit in den Eileitern	Hydroureter :	Gestauter Harnleiter

Distal:	Rumpffern	Hyperasthesie:	Gesteigerte Empfindlichkeit
Plantar :	Fußsohlenseitig	Hydrophobie:	Krankhafte Angst vor Wasser
Choroidea:	Aderhaut	Drainage :	Abfluss
Hämoglobinurie:	Ausscheidung von Blutfarbstoff im Urin	Hirsutismus :	Bartwuchs
Dehydration:	Entzug von Wasserstoffe	Insizur:	Spalt
Hypertensive Krise:	Symptomatischer Anstieg des Blutdrucks über 230/120 mmHg ohne Organschädigung	Cor pulmonale :	Lungenherz
IM :	Injektion Einspritzung in einen Skelettmuskel	Intermenstruel :	Zwischen zwei Regelblutungen
Extension:	Strecken	Ntervertebral:	Zwischen zwei Wirbelknochen
Flexion:	Beugung	Koxitis:	Hüftgelenkentzündung
Kortikal :	Rinde	Keratose:	Verhornungsstörung der Haut

Kontralateral:	Auf der entgegengesetzten Körperseite	Ipsilateral :	Auf derselben Körperseite
Kontrazeptivum:	Verhütungsmittel	Invagination:	Einstülpung
Leukopenie :	Eine gegenüber der Norm verminderte Anzahl von weißen Blutkörperchen	Kaiserschnitt :	Abdominale Schnittentbindung
Lumbalpunktionen :	Eine Punktion des Duralsacks, die im Bereich der Lendenwirbelsäule erfolgt	Lateral :	Seitlich
Metabolisch :	Stoffwechselbedingt	Menarche:	Erste Regelblutung
Kurativ:	Therapeutische Maßnahmen, die auf die Heilung einer Erkrankung ausgerichtet sind	Labrinithitis:	Innenohrentzündung
Palliativ :	Therapeutische Maßnahmen, die auf die Linderung der Symptome ausgerichtet sind	Lingual:	Zur Zunge gehörend
Median:	Mittig	Benign:	Gutartig

Maligne:	Bösartig	Pränatal:	Vor der Geburt
Klavikula:	Schlüsselbein	Mandibula:	Unterkiefer
Disseminiert:	Verstreut	Fruktose:	Fruchtzucker
Progredient:	Fortschreitend	Tendinitis:	Sehnenentzündung
Frontal:	Zu Stirn gehörend	Oral:	Zum Mund gehörend
Entere:	Zum Darm gehörend	Prävention:	Zuvorkommen
Diurika:	Harttreibendes Mittel, Wassertablette	Commotio cerebri:	Gehirnerschütterung
Anomalie:	Entwicklungsstörung	Dysplasie:	Fehlbildung
Portio:	Übergang	Achalasie :	Erschlaffung
Algurie:	Schmerzen beim Ablassen des Harns	Temesmus	: Schmerzhaften Stuhldrang
Ligementum	Band	ZVK :	Zentralvenöser Zugang

Spasmolytika: m:	Krampf lösendes Arzneimittel	Zervikal :	Zum Hals gehörend
Dorsal	Zum Rücken: gehörend	Suppositorium :	Zäpfchen
Herpes Zoster :	Gürtelrose	Diabetes Insidus	: Wasserharnruhr
Infektiöse Mononukleose:	Pfeiffer-Drüsenfieber	pAVK :	Schaufensterkrankheit
Diabetes mellitus :	Zuckerkrankheit	Pertussis :	Keuchhusten
Sakrum:	Kreuzbein	Zygomatika :	Jochbein
Maxilla :	Oberkieferknochen	Karzinogen:	Krebserregend
Endometriosis :	Gutartige Erkrankung, bei der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle vorkommt	Bluttransfusion :	Blutübertragung
Sublingual :	Unter Zunge	Glandula:	Drüse
Kachexie:	Auszehrung	Brachium:	Oberarm

Hyperkaliämie :	Kaliumüberschuss	Hereditär:	Erblich
Asystolie:	HerzKreislaufstillstand	Palma:	Handfläche
Femoralarterie :	Oberschenkelschlagader	Brachialgie:	Armschmerz
Zephalgie:	Kopfschmerz	Lumboischialgie:	Hexenschuss
Nausea:	Übelkeit	Emesis:	Erbrechen
Pyrosis:	Sodbrennen	Kaltschweißigkeit:	Kaltschwitzen
Abgeschlagenheit:	Müdigkeit	Hyperhidrose:	Starke Schweißbildung
Nachtliche Transpiration	Nachtschweiß	Transpiration:	Schwitzen
Angiographie	Kontrastdarstellung der Blutgefäße	Zerebral:	Das Gehirn betreffend
HbA1C:	Glykiertes Hämoglobin	Diphtherie:	Echter Krupphusten/Rachenbräune
Tuberkulose	:Schwindsucht	Tube:	Röhrenförmige Struktur
Tumor:	Neubildung	Metastase:	Tochtergeschwulst

Radiologie:	Strahlenlehre	TEP:	Künstlicher Gelenkersatz
Gastritis:	Magenschleimhautentzündung	Pathologisch:	Krankhaft
Agonist:	Der Handelnde	Antagonist:	Gegenspieler
Pharmakodynamik:	Die biochemische und physiologische Effekte des Arzneimittels auf den Organismus	Lipom :	Fettgewebstumour
Pharmakokinetik:	Die Einwirkung des Organismus auf ein eingenommenes Arzneimittel in Abhängigkeit von der Zeit	Silikose:	Staublung
Salmonellose:	Bakterielle Erkrankung durch Salmonellen	Hühnerproteinallergie:	Eiweißallergie
Lymphom:	Lymphdrüsenkrebs	Kontusion :	Prellung
Skidaumen :	Seitenbandriss des Daumens	Gastroenteritis:	Magengrippe
Vertebral:	Die Wirbelsäule betreffend	Antihistaminika:	Antiallergisches Arzneimittel

Menstruation:	Regelblutung	Os. Pubis:	Schambein
Derma:	Haut	Skaphoid:	Kahnbein
Gingivitis:	Zahnfleischentzündung	Fungale Infektion:	Pilzinfektion
Bandruptur:	Banderriss	Myzetismus:	Pilzintoxikation
Tinnitus:	Ohrgeräusche	Ektopre Gravidität:	Extrauteringravidität
Syphilis:	Lues	Gonorrhoe:	Tripper
Skabies:	Krätze	Rabies:	Tollwut
Hyperämie :	Mehrdurchblutung	Kleinwuchs:	Zwergwuchs
Großwuchs:	Riesenwuchs	Hörsturz:	Ohreinfarkt
Xerophthalmie :	Trockene Augen	Orchiektomie:	Hodenentfernung
Thrombophile:	Erhöhte Neigung zu Thrombose	Pediculosis capitis:	Kopfläuse
Inhalationsintoxikation:	Gasvergiftung	Spirale:	Ein Verhütungsmittel

Abort:	Fehlgeburt	Asthenie:	Kraftlosigkeit
Sinus pilonidalis:	Steißbeinfistel	Dyspepsie:	Verdauungsstörung
Os coccygis:	Steißbein	Skoliose:	Wirbelsäulenverkrümmung
Arrhythmie :	Herzrhythmusstörung	Statine:	Cholesterinsenker
Onychomykose :	Nagelpilz	Otitis externa diffusa:	Gehörgansekzem
Struma maligne:	Schilddrüsenkarzinom	Sinunasales Karzinom:	Nasennebenhöhlenkrebs
Origio :	Ursprung	Insertio :	Ansatz
Dolor :	Schmerz	Histologische Befunde:	Feingewebliche Befunde
Faeces :	Kot	Cerebellum:	Kleinhirn
Lobektomie:	Chirurgische Entfernung eines Organlappens	Diskusprotrusion :	Bandscheibenvorwölbung
Diskusprolaps:	Bandscheibenvorfall		

Vierter Teil – Aufklärungen:

Röntgen

Eine Röntgenuntersuchung ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem Röntgenstrahlen verwendet werden, um Bilder Ihres Körpers zu erzeugen. Es wird zur Diagnose und Bewertung verschiedener Erkrankungen und Verletzungen eingesetzt.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Röntgenuntersuchung werden Sie gebeten, sich in einer speziellen Position auf einem Untersuchungstisch zu positionieren. Der Radiologe oder Röntgentechniker führt Sie durch den Vorgang und gibt Ihnen gegebenenfalls Anweisungen zur Atmung oder zur Haltung bestimmter Körperregionen. Während der Aufnahme müssen Sie möglicherweise für kurze Zeit stillhalten, um Bewegungsunschärfe zu vermeiden. Die Röntgenstrahlen werden durch Ihren Körper geschickt, und ein Detektor erfasst die abgeschwächten Strahlen, um ein Bild zu erzeugen.

Vorbereitung:

Die Vorbereitung für eine Röntgenuntersuchung hängt von der spezifischen Körperregion ab, die untersucht werden soll. In einigen Fällen müssen Sie möglicherweise bestimmte Kleidungsstücke ausziehen und Schmuck oder metallische Gegenstände entfernen, die die Bildqualität beeinträchtigen könnten. Ihr Arzt oder das medizinische Personal wird Ihnen genaue Anweisungen geben, die Sie befolgen sollten.

Risiken und Nebenwirkungen:

Bei einer einzelnen Röntgenuntersuchung ist die Strahlenbelastung in der Regel gering und stellt ein vernachlässigbares Risiko dar. Dennoch ist es wichtig, die Strahlendosis so niedrig wie möglich zu halten, insbesondere bei wiederholten Untersuchungen. Ihr Arzt wird den Nutzen der Röntgenuntersuchung gegen das potenzielle Risiko abwägen und die empfohlenen Sicherheitsmaßnahmen treffen.

CT

Ihr behandelnder Arzt hat eine CT-Untersuchung (Z.b des Abdomens) verordnet, um die Ursache Ihrer Beschwerden festzustellen oder um Ihre bisherige Diagnose zu bestätigen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die CT-Untersuchung ist eine schmerzlose Untersuchung, die etwa 10-15 Minuten dauert. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Untersuchungsliege, die in eine röhrenförmige Öffnung des CT-Geräts geschoben wird. Sie werden gebeten, still zu liegen, während das Gerät Bilder von Ihrem Bauchraum aufnimmt. Sie hören während der Untersuchung ein rhythmisches Klopfgeräusch, das durch die Bewegung des Geräts verursacht wird. Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen bleiben, damit die Bilder möglichst scharf werden.

Vorbereitung:

Vor der Untersuchung müssen Sie möglicherweise nüchtern sein, je nach den Anweisungen Ihres Arztes. Sie können jedoch weiterhin Wasser trinken, um hydratisiert zu bleiben. Es ist auch wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle Medikamente mitteilen, die Sie einnehmen, insbesondere solche, die Ihr Blut verdünnen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die CT-Untersuchung ist eine sehr sichere Untersuchung, aber wie bei allen medizinischen Verfahren gibt es bestimmte Risiken und Nebenwirkungen. Die Strahlenbelastung bei CT-Untersuchung ist relativ gering, aber es besteht ein geringes Risiko für eine allergische Reaktion auf das Kontrastmittel, das in einigen Fällen verwendet wird. Wenn Sie allergisch auf jodhaltige Substanzen reagieren, informieren Sie bitte Ihren Arzt.

MRT

Ihr behandelnder Arzt hat eine MRT-Untersuchung (Magnetresonanztomographie) verordnet, um die Ursache Ihrer Beschwerden festzustellen oder um Ihre bisherige Diagnose zu bestätigen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die MRT-Untersuchung ist eine schmerzlose Untersuchung, die etwa 20-60 Minuten dauern kann. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Untersuchungsliege, die in eine röhrenförmige Öffnung des MRT-Geräts geschoben wird. Sie werden gebeten, still zu liegen, während das Gerät Bilder von Ihrem Körper aufnimmt. Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen bleiben, damit die Bilder möglichst scharf werden.

Vorbereitung:

Vor der Untersuchung müssen Sie möglicherweise nüchtern sein, je nach den Anweisungen Ihres Arztes. Sie sollten auch jegliche metallischen Gegenstände wie Schmuck, Uhren, Piercings oder Haarspangen entfernen, da sie das MRT-Gerät beeinträchtigen können. Wenn Sie ein Implantat oder einen Herzschrittmacher haben, informieren Sie bitte unbedingt Ihren Arzt vor der Untersuchung.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die MRT-Untersuchung ist eine sehr sichere Untersuchung, aber wie bei allen medizinischen Verfahren gibt es bestimmte Risiken und Nebenwirkungen. Es gibt keine Strahlenbelastung bei dieser Art von Untersuchung, aber es besteht ein geringes Risiko für eine allergische Reaktion auf das Kontrastmittel, das in einigen Fällen verwendet wird. Wenn Sie allergisch auf jodhaltige Substanzen reagieren, informieren Sie bitte unbedingt Ihren Arzt.

EKG

Ihr behandelnder Arzt hat eine EKG-Untersuchung (Elektrokardiogramm) verordnet, um Ihre Herzfunktion zu überwachen oder um Ihre bisherige Diagnose zu bestätigen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die EKG-Untersuchung ist eine schmerzlose Untersuchung, die etwa 10-15 Minuten dauern kann. Während der Untersuchung werden Elektroden an Ihrem Brustkorb, an Ihren Armen und Beinen befestigt. Diese Elektroden zeichnen die elektrischen Impulse auf, die Ihr Herz erzeugt, während es schlägt. Sie werden gebeten, während der Untersuchung ruhig zu liegen, damit die Ergebnisse möglichst genau sind.

Vorbereitung:

Vor der Untersuchung müssen Sie möglicherweise keine speziellen Vorbereitungen treffen. Sie sollten jedoch bequeme Kleidung tragen, die leicht zugänglich ist, damit die Elektroden problemlos angebracht werden können. Wenn Sie Brusthaare haben, kann es notwendig sein, diese zu rasieren, um eine bessere Haftung der Elektroden zu gewährleisten.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die EKG-Untersuchung ist eine sehr sichere Untersuchung, aber wie bei allen medizinischen Verfahren gibt es bestimmte Risiken und Nebenwirkungen. Es besteht kein Risiko für eine allergische Reaktion auf die Elektroden, die verwendet werden. Es ist auch sehr unwahrscheinlich, dass die EKG-Untersuchung Ihr Herz beeinflusst oder Schmerzen verursacht.

Belastungs-EKG

Ablauf der Untersuchung:

Das Belastungs-EKG, auch Ergometrie genannt, ist eine Untersuchung, bei der Ihre Herzfunktion während des Fahrradfahrens oder auf einem Laufband überwacht wird. Sie werden körperlich belastet, während Ihre Herzaktivität, Blutdruck und andere Parameter aufgezeichnet werden. Das Ziel ist es, Ihre Herzreaktion auf Belastung zu beobachten und mögliche Anomalien oder Herzerkrankungen zu erkennen. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 10 bis 15 Minuten.

Vorbereitung:

Für das Belastungs-EKG ist keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Sie sollten bequeme Kleidung und Sportschuhe tragen. Informieren Sie Ihren Arzt im Voraus über alle Medikamente, die Sie einnehmen, da einige Arzneimittel die Ergebnisse beeinflussen können.

Risiken und Nebenwirkungen:

Das Belastungs-EKG ist eine weitgehend sichere Untersuchung. Es kann jedoch zu vorübergehender Erschöpfung, Schwindel oder Herzklopfen während der Belastung kommen. Die Untersuchung wird unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt, um eventuelle Komplikationen zu überwachen und sofort zu reagieren.

Langzeitblutdruckmessung

Ihr behandelnder Arzt hat eine Langzeitblutdruckmessung verordnet, um Ihren Blutdruck über einen längeren Zeitraum zu überwachen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Langzeitblutdruckmessung wird ein tragbares Blutdruckmessgerät verwendet, das über einen Zeitraum von 24 Stunden oder länger Ihren Blutdruck automatisch misst. Das Gerät besteht aus einer Blutdruckmanschette, die um Ihren Oberarm befestigt wird, und einem Aufzeichnungsgerät, das Sie am Körper tragen. Das Gerät misst regelmäßig Ihren Blutdruck und zeichnet die Werte auf. Während der Messung sollten Sie Ihren normalen Tagesablauf fortsetzen, so dass der Blutdruck unter realen Bedingungen erfasst werden kann.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Langzeitblutdruckmessung gibt es in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Sie sollten jedoch Ihrem Arzt mitteilen, ob Sie bestimmte Medikamente einnehmen oder ob es gesundheitliche Probleme gibt, die die Messung beeinflussen könnten. Es ist wichtig, dass Sie während des Messzeitraums so normal wie möglich leben und keine Aktivitäten vermeiden oder verändern, es sei denn, Ihr Arzt gibt Ihnen spezifische Anweisungen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Langzeitblutdruckmessung ist in der Regel ein sicheres Verfahren. In seltenen Fällen kann es zu leichten Hautirritationen oder Unannehmlichkeiten durch das Tragen des Aufzeichnungsgeräts kommen. Die Messungen sollten jedoch nicht schmerzhaft sein. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Langzeitblutdruckmessung sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Herzkatheteruntersuchung

Ihr behandelnder Arzt hat eine Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) verordnet, um Ihre Herzkranzgefäße genauer zu untersuchen und mögliche Verengungen oder Blockaden zu identifizieren. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Herzkatheteruntersuchung wird ein dünner Schlauch, der Katheter genannt wird, über eine Arterie in Ihrem Handgelenk oder in der Leiste bis zu Ihrem Herzen vorgeschoben. Während der Untersuchung werden Kontrastmittel in Ihre Herzkranzgefäße gespritzt und gleichzeitig Röntgenaufnahmen gemacht. Dies ermöglicht es dem Arzt, mögliche Engstellen oder Verstopfungen in den Herzkranzgefäßen zu erkennen. Bei Bedarf können während der Untersuchung auch Interventionen wie die Aufdehnung verengter Gefäßabschnitte (Ballondilatation) oder das Einsetzen von Stents durchgeführt werden. Die Herzkatheteruntersuchung wird normalerweise unter örtlicher Betäubung oder Sedierung durchgeführt und dauert etwa 30 Minuten bis 2 Stunden.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Herzkatheteruntersuchung sollten Sie vor der Untersuchung nüchtern sein. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise beinhalten, vor der Untersuchung nicht zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Herzkatheteruntersuchung ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen an der Einstichstelle, Herzrhythmusstörungen, Verletzungen von Blutgefäßen oder des Herzmuskels, Nierenprobleme durch das Kontrastmittel oder allergische Reaktionen auf die verwendeten Substanzen. Ihr Arzt

wird die Risiken und Nutzen der Herzkatheteruntersuchung sorgfältig mit Ihnen besprechen.



Angiographie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Angiographie verordnet, um Ihre Blutgefäße genauer zu untersuchen und mögliche Verengungen oder Blockaden festzustellen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die Angiographie ist ein invasives Verfahren, bei dem ein Kontrastmittel in Ihre Blutgefäße injiziert wird, um sie sichtbar zu machen. Der Arzt führt einen dünnen Katheter in eine Arterie, normalerweise in der Leiste oder am Handgelenk, ein und schiebt ihn bis zur zu untersuchenden Stelle vor. Das Kontrastmittel wird dann über den Katheter in die Blutgefäße gespritzt, während Röntgenaufnahmen gemacht werden. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 1 bis 2 Stunden.

Vorbereitung:

Vor der Angiographie müssen Sie möglicherweise nüchtern sein und bestimmte Medikamente absetzen. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten müssen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Angiographie ist ein invasives Verfahren und birgt bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen, Infektionen, allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel oder Verletzungen der Blutgefäße. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Untersuchung sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Gastroskopie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Gastroskopie (Magenspiegelung) verordnet, um die Ursache Ihrer Symptome zu untersuchen oder um eine Erkrankung im Magen-Darm-Trakt auszuschließen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die Gastroskopie ist eine Untersuchung, bei der ein flexibler Schlauch mit einer Kamera am Ende durch Ihren Mund in Ihren Magen-Darm-Trakt eingeführt wird. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 15-30 Minuten. Vor der Untersuchung erhalten Sie eine Beruhigungsspritze, die Ihnen hilft, sich zu entspannen und die Schmerzen zu lindern.

Vorbereitung:

Vor der Untersuchung müssen Sie nüchtern sein. Das bedeutet, dass Sie mindestens sechs Stunden vor der Untersuchung nichts essen oder trinken dürfen. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten müssen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie einnehmen, insbesondere Blutverdünner oder Insulin, da diese möglicherweise vor der Untersuchung angepasst werden müssen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Wie bei allen medizinischen Verfahren gibt es bestimmte Risiken und Nebenwirkungen. Während der Gastroskopie können Blutungen, Verletzungen oder Infektionen auftreten. Diese Komplikationen sind jedoch selten. Es kann sein, dass Sie nach der Untersuchung leichte Schmerzen oder Unwohlsein im Halsbereich haben.

Koloskopie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Koloskopie verordnet, um Ihren Dickdarm auf mögliche Veränderungen, Entzündungen oder Polypen zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Koloskopie wird ein flexibler Schlauch mit einer kleinen Kamera, dem sogenannten Endoskop, vorsichtig in Ihren Enddarm und weiter in den Dickdarm eingeführt. Dies ermöglicht es dem Arzt, die Innenwand Ihres Dickdarms zu betrachten und gegebenenfalls Gewebeproben zu entnehmen. Die Koloskopie wird in der Regel unter leichter Sedierung oder Vollnarkose durchgeführt und dauert etwa 30 Minuten bis 1 Stunde.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Koloskopie ist eine gründliche Darmentleerung erforderlich. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise die Einnahme von Abführmitteln und eine spezielle Diät umfassen. Es ist wichtig, dass Sie die Vorbereitungsanweisungen sorgfältig befolgen, um eine klare Sicht auf Ihren Dickdarm zu ermöglichen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Koloskopie ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen, Infektionen, Darmperforationen oder Reaktionen auf die Sedierung. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Koloskopie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Bronchoskopie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Bronchoskopie verordnet, um Ihre Atemwege, insbesondere Ihre Luftröhre und Bronchien, auf mögliche Veränderungen oder Erkrankungen zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Bronchoskopie wird ein flexibler Schlauch mit einer kleinen Kamera, dem sogenannten Bronchoskop, durch Ihren Mund oder Ihre Nase in Ihre Atemwege eingeführt. Dies ermöglicht es dem Arzt, die Innenwand Ihrer Luftröhre und Bronchien zu betrachten und gegebenenfalls Gewebeproben zu entnehmen. Die Bronchoskopie wird normalerweise unter örtlicher Betäubung oder Sedierung durchgeführt und dauert etwa 30 Minuten bis 1 Stunde.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Bronchoskopie sollten Sie vor der Untersuchung nüchtern sein. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise beinhalten, vor der Untersuchung nicht zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Bronchoskopie ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Reizungen der Atemwege, Blutungen, Infektionen oder allergische Reaktionen auf die Betäubungsmittel. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Bronchoskopie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Zystoskopie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Zystoskopie verordnet, um Ihre Harnblase und Harnröhre genauer zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Zystoskopie wird ein flexibler Schlauch, der Zystoskop genannt wird, vorsichtig durch die Harnröhre in die Harnblase eingeführt. Das Zystoskop enthält eine kleine Kamera, die es dem Arzt ermöglicht, die Innenwände Ihrer Harnblase zu betrachten und gegebenenfalls Gewebeproben zu entnehmen oder kleinere Eingriffe vorzunehmen. Die Zystoskopie wird normalerweise ambulant durchgeführt und dauert etwa 10 bis 30 Minuten.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Zystoskopie sollten Sie vor der Untersuchung ausreichend Flüssigkeit trinken, um Ihre Blase zu füllen. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise beinhalten, vor der Untersuchung nicht zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Zystoskopie ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen, Infektionen, Verletzungen der Harnröhre oder der Harnblase sowie allergische Reaktionen auf die verwendeten Medikamente. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Zystoskopie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Arthroskopie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Arthroskopie verordnet, um Ihr Gelenk genauer zu untersuchen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen wie die Entfernung von Gewebeproben, Reparatur von Knorpelschäden oder Beseitigung von entzündetem Gewebe durchzuführen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Arthroskopie wird ein schmaler Schlauch mit einer kleinen Kamera, dem sogenannten Arthroskop, in Ihr Gelenk eingeführt. Das Arthroskop ermöglicht es dem Arzt, die Gelenkstrukturen zu betrachten und eventuelle Behandlungen durchzuführen. Die Arthroskopie wird normalerweise unter Vollnarkose oder Lokalanästhesie durchgeführt und dauert etwa 30 Minuten bis 1 Stunde.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Arthroskopie sollten Sie vor der Untersuchung nüchtern sein. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise beinhalten, vor der Untersuchung nicht zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Arthroskopie ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen, Infektionen, Verletzungen von Nerven oder Blutgefäßen, Thrombosen oder allergische Reaktionen auf die verwendeten Medikamente. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Arthroskopie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Sonographie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Sonographie (Ultraschalluntersuchung) verordnet, um Ihre inneren Organe, Blutgefäße oder Weichteile zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Die Sonographie ist eine Untersuchung, bei der hochfrequente Schallwellen in Ihren Körper geschickt werden, um Bilder Ihrer Organe oder Gewebe zu erzeugen. Der Arzt führt ein kleines Handgerät (Schallkopf) über die Haut an der zu untersuchenden Stelle und bewegt ihn langsam hin und her, um verschiedene Winkel zu erfassen. Die Untersuchung dauert normalerweise zwischen 10 und 30 Minuten.

Vorbereitung:

Die Vorbereitung auf eine Sonographie hängt von der zu untersuchenden Stelle ab. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten müssen. In einigen Fällen müssen Sie nüchtern sein oder eine spezielle Diät einhalten. Bitte informieren Sie Ihren Arzt im Voraus, wenn Sie schwanger sind oder eine Allergie gegenüber Ultraschallgel haben.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Sonographie ist eine nicht-invasive Untersuchung, die in der Regel keine Risiken oder Nebenwirkungen mit sich bringt. Es kann jedoch in seltenen Fällen zu einer allergischen Reaktion auf das Ultraschallgel kommen. Wenn Sie während oder nach der Untersuchung Schmerzen oder Beschwerden verspüren, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt.

transösophageale Echokardiographie (TEE)

Ihr behandelnder Arzt hat eine transösophageale Echokardiographie (TEE) verordnet, um eine detaillierte Untersuchung Ihrer Herzstrukturen und -funktion durchzuführen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer transösophagealen Echokardiographie wird ein dünner Schlauch (Sonde) mit einem Ultraschallkopf am Ende durch Ihren Mund in die Speiseröhre eingeführt. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 20 bis 30 Minuten. Während der Untersuchung werden Bilder Ihres Herzens erzeugt, indem Ultraschallwellen ausgesendet werden. Sie erhalten während der Untersuchung Beruhigungsmittel, um Ihnen zu helfen, sich zu entspannen.

Vorbereitung:

Vor der Untersuchung müssen Sie mindestens sechs Stunden vorher nüchtern sein. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten müssen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie einnehmen, insbesondere Blutverdünner oder Insulin, da diese möglicherweise vor der Untersuchung angepasst werden müssen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die transösophageale Echokardiographie ist eine sichere Untersuchung, aber wie bei allen medizinischen Verfahren gibt es bestimmte Risiken und Nebenwirkungen. Während der Untersuchung kann es zu vorübergehendem Würgereflex, Reizungen der Speiseröhre oder selten zu Verletzungen kommen. In sehr seltenen Fällen kann es zu schwerwiegenden Komplikationen wie Blutungen oder Infektionen kommen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Untersuchung sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Duplex-/Doppler-Sonographie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Duplex-/Doppler-Sonographie verordnet, um Ihre Blutgefäße zu untersuchen und den Blutfluss in bestimmten Bereichen Ihres Körpers zu bewerten. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei der Duplex-/Doppler-Sonographie werden Schallwellen verwendet, um Bilder Ihrer Blutgefäße zu erzeugen und den Blutfluss darzustellen. Ein Ultraschallgel wird auf die Haut aufgetragen, und ein Schallkopf wird sanft über die Hautbewegt. Der Arzt kann den Blutfluss in Echtzeit beobachten und die Bilder auf einem Bildschirm betrachten. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 15 bis 30 Minuten.

Vorbereitung:

In den meisten Fällen erfordert die Duplex-/Doppler-Sonographie keine spezielle Vorbereitung. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, falls Sie bestimmte Medikamente absetzen oder andere Vorbereitungen treffen müssen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit und Medikamenteneinnahme mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Duplex-/Doppler-Sonographie ist eine nicht-invasive Untersuchung und birgt nur sehr geringe Risiken. Es gibt keine Strahlenbelastung oder bekannte Nebenwirkungen der Sonographie. Das Ultraschallgel kann manchmal eine leichte Reizung der Haut verursachen, aber dies ist normalerweise vorübergehend.

Elektroenzephalographie (EEG)

Ihr behandelnder Arzt hat eine Elektroenzephalographie (EEG) verordnet, um die elektrische Aktivität Ihres Gehirns zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer EEG-Untersuchung werden Elektroden auf Ihrer Kopfhaut angebracht. Diese Elektroden erfassen die elektrischen Signale, die von Ihrem Gehirn erzeugt werden, und übertragen sie an ein Aufzeichnungsgerät. Während der Untersuchung werden Sie gebeten, verschiedene Aufgaben zu erfüllen, wie zum Beispiel die Augen zu öffnen oder zu schließen, zu atmen oder zu entspannen. Die Untersuchung dauert normalerweise zwischen 30 Minuten und einer Stunde.

Vorbereitung:

Für eine EEG-Untersuchung ist in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Es ist jedoch wichtig, dass Sie vor der Untersuchung Ihre Haare gründlich waschen und keine Haarprodukte wie Haarspray oder Gel verwenden. Informieren Sie Ihren Arzt im Voraus über alle Medikamente, die Sie einnehmen, da einige Arzneimittel die Ergebnisse beeinflussen können.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die EEG-Untersuchung ist eine sichere und nicht-invasive Methode. Das Anbringen der Elektroden kann zu einem leichten Kribbeln oder einer vorübergehenden Hautreizung führen. In seltenen Fällen kann es bei empfindlichen Personen zu einer allergischen Reaktion auf das Gel oder die Elektroden kommen.

Lumbalpunktion

Ihr behandelnder Arzt hat eine Lumbalpunktion verordnet, um eine Untersuchung des Liquors (der Flüssigkeit um das Rückenmark und das Gehirn) durchzuführen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Lumbalpunktion wird eine feine Nadel in den unteren Rücken eingeführt, um eine kleine Menge Liquor abzunehmen. Vor der Punktion wird die Einstichstelle gereinigt und örtlich betäubt. Während der Untersuchung werden Sie auf der Seite liegen und Ihre Knie zur Brust ziehen, um den Raum zwischen den Wirbeln zu öffnen. Die Prozedur dauert normalerweise etwa 15 bis 30 Minuten.

Vorbereitung:

Vor der Lumbalpunktion sollten Sie nüchtern sein und keine blutverdünnenden Medikamente einnehmen. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wie Sie sich auf die Untersuchung vorbereiten müssen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Lumbalpunktion ist ein invasiver Eingriff und birgt bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Kopfschmerzen, Schmerzen an der Einstichstelle, Blutungen oder Infektionen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Untersuchung sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Mammographie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Mammographie verordnet, um Ihre Brust auf mögliche Veränderungen oder Anomalien zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Mammographie handelt es sich um eine Röntgenuntersuchung der Brust. Während der Untersuchung werden Ihre Brüste zwischen zwei speziellen Platten leicht zusammengedrückt, um hochauflösende Röntgenbilder zu erzeugen. Die Kompression ermöglicht eine bessere Darstellung des Brustgewebes und erhöht die Genauigkeit der Untersuchung. Die Mammographie dauert normalerweise etwa 15 bis 30 Minuten.

Vorbereitung:

Für eine Mammographie sind normalerweise keine speziellen Vorbereitungen erforderlich. Sie sollten jedoch keine Lotionen, Deodorants oder Pulver auf Ihren Brüsten oder Achselhöhlen verwenden, da diese die Bildqualität beeinträchtigen können. Es wird empfohlen, bequeme Kleidung zu tragen, die sich leicht ablegen lässt.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Mammographie ist eine sichere Untersuchung, die jedoch mit bestimmten Risiken verbunden sein kann. Die Kompression der Brust kann vorübergehend unangenehm oder schmerzhaft sein, insbesondere bei empfindlichen Brüsten. In seltenen Fällen kann es zu Blutergüssen oder kleinen Hautverletzungen kommen. Die Strahlenbelastung bei einer Mammographie ist gering und wird als sicher angesehen.

Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)

Ihr behandelnder Arzt hat eine endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) verordnet, um Ihre Gallenwege und den Gang des Bauchspeicheldrüsenausführungsgangs genauer zu untersuchen und gegebenenfalls behandeln zu können. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer ERCP wird ein flexibler Schlauch, der Endoskop genannt wird, durch Ihren Mund bis in den Zwölffingerdarm eingeführt. Von dort aus wird ein Kontrastmittel in die Gallenwege und den Bauchspeicheldrüsenangang gespritzt, während gleichzeitig Röntgenaufnahmen gemacht werden. Dies ermöglicht es dem Arzt, Verengungen, Steine oder andere Anomalien zu identifizieren und gegebenenfalls Maßnahmen wie die Entfernung von Gallensteinen oder das Einsetzen eines Stents durchzuführen. Die ERCP wird normalerweise unter Sedierung oder Vollnarkose durchgeführt und dauert etwa 30 Minuten bis 1 Stunde.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche ERCP sollten Sie vor der Untersuchung nüchtern sein. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Vorbereitung geben, die normalerweise beinhalten, vor der Untersuchung nicht zu essen oder zu trinken. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die ERCP ist eine relativ sichere Untersuchung, aber wie bei jedem invasiven Verfahren gibt es bestimmte Risiken. Zu den möglichen Komplikationen gehören Blutungen, Infektionen, Bauchschmerzen, Verletzungen der Gallenwege oder des Bauchspeicheldrüsenangangs sowie allergische Reaktionen auf die verwendeten

Medikamente. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der ERCP sorgfältig mit Ihnen besprechen.



Schilddrüsenszintigraphie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Schilddrüsenszintigraphie verordnet, um Ihre Schilddrüse genauer zu untersuchen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Schilddrüsenszintigraphie wird Ihnen eine kleine Menge radioaktiver Substanz (meist Technetium-99m) injiziert, die sich in Ihrer Schilddrüse anreichert. Anschließend werden Bilder Ihrer Schilddrüse mit einer speziellen Kamera aufgenommen. Diese Bilder zeigen die Verteilung der radioaktiven Substanz in Ihrer Schilddrüse und ermöglichen es dem Arzt, Funktion und Struktur der Schilddrüse zu beurteilen. Die Untersuchung dauert normalerweise etwa 30 Minuten bis 1 Stunde.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Schilddrüsenszintigraphie gibt es in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Ihr Arzt wird Ihnen jedoch genaue Anweisungen geben, insbesondere in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten vor der Untersuchung. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Schilddrüsenszintigraphie ist eine relativ sichere Untersuchung, da die eingesetzte radioaktive Substanz in geringer Menge verwendet wird. Die Strahlenbelastung ist in der Regel gering und stellt ein vernachlässigbares Risiko dar. Allergische Reaktionen auf die verwendete radioaktive Substanz sind äußerst selten. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Schilddrüsenszintigraphie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Feinnadelpunktion

Ihr behandelnder Arzt hat eine Feinnadelpunktion verordnet, um Gewebeproben aus einem verdächtigen Knoten, einer Masse oder einem Gewebebereich zu entnehmen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Feinnadelpunktion wird eine dünne Nadel unter örtlicher Betäubung in den betroffenen Bereich eingeführt, um eine Gewebeprobe zu entnehmen. Der Arzt verwendet dabei bildgebende Verfahren wie Ultraschall oder CT, um die genaue Position der Nadel zu überwachen und den gewünschten Bereich zu erreichen. Nachdem die Nadel platziert ist, wird eine oder mehrere Gewebeproben entnommen. Die gesammelten Proben werden anschließend zur weiteren Untersuchung ins Labor geschickt.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Feinnadelpunktion gibt es in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Ihr Arzt wird Ihnen jedoch genaue Anweisungen geben, insbesondere in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten vor der Untersuchung. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Feinnadelpunktion ist in der Regel ein sicheres Verfahren. Zu den möglichen Komplikationen gehören vorübergehende Blutergüsse, leichte Schwellungen, Infektionen oder selten eine versehentliche Verletzung umliegender Strukturen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Feinnadelpunktion sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Lungenfunktionstest

Ihr behandelnder Arzt hat einen Lungenfunktionstest (auch Spirometrie genannt) verordnet, um Ihre Lungenfunktion zu beurteilen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf des Tests sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf des Tests:

Bei einem Lungenfunktionstest werden verschiedene Messungen durchgeführt, um Informationen über Ihre Lungenkapazität, Atemwege und die Effizienz des Gasaustauschs zu erhalten. Der Test wird normalerweise in einer speziellen Lungenfunktionslabor durchgeführt. Sie werden gebeten, bestimmte Atemmanöver durchzuführen, während Sie in ein spezielles Gerät, das Spirometer, ein- und ausatmen. Dieses Gerät misst verschiedene Parameter wie Atemvolumina, Atemflussraten und die maximale Luftmenge, die Sie ausatmen können. Der Test dauert normalerweise etwa 15 bis 30 Minuten.

Vorbereitung:

Für einen Lungenfunktionstest gibt es in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. Sie sollten jedoch vermeiden, vor dem Test große Mahlzeiten einzunehmen, da dies die Ergebnisse beeinflussen könnte. Ihr Arzt wird Ihnen gegebenenfalls spezifische Anweisungen geben.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die Durchführung eines Lungenfunktionstests ist in der Regel sicher und nicht invasiv. Es kann jedoch zu vorübergehender Atemnot, Hustenreiz oder Schwindel während des Tests kommen. Diese Symptome sind normalerweise mild und verschwinden schnell nach Abschluss des Tests. In seltenen Fällen kann es zu einer vorübergehenden Verschlechterung von Atemwegsbeschwerden kommen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen des Lungenfunktionstests sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Knochenmarkbiopsie

Ihr behandelnder Arzt hat eine Knochenmarkbiopsie verordnet, um Gewebeproben aus Ihrem Knochenmark zu entnehmen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer Knochenmarkbiopsie wird eine kleine Menge Knochenmark aus Ihrem Knochen entnommen, normalerweise aus dem Beckenknochen. Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Der Arzt führt eine dünne Nadel in den Knochen ein und entnimmt mit sanftem Druck eine Gewebeprobe. Manchmal wird auch eine Aspirationsnadel verwendet, um Flüssigkeit und Zellen aus dem Knochenmark zu entnehmen. Die gesammelten Proben werden zur weiteren Untersuchung ins Labor geschickt.

Vorbereitung:

Für eine erfolgreiche Knochenmarkbiopsie gibt es in der Regel einige Vorbereitungsschritte. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, insbesondere in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten vor der Untersuchung und möglicherweise auch zum Fasten. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt alle relevanten Informationen über Ihre Gesundheit, Medikamenteneinnahme und Allergien mitteilen.

Risiken und Nebenwirkungen:

Eine Knochenmarkbiopsie ist in der Regel ein sicherer Eingriff. Zu den möglichen Risiken und Nebenwirkungen gehören vorübergehende Schmerzen, Blutungen, Blutergüsse oder Infektionen an der Einstichstelle. In seltenen Fällen kann es zu einer Verletzung umliegender Organe oder Gewebe kommen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der Knochenmarkbiopsie sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Digitale rektale Untersuchung

Ihr behandelnder Arzt hat eine digitale rektale Untersuchung (DRU) verordnet, um den Zustand Ihres Enddarms und der Prostata zu beurteilen. In dieser Aufklärung möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Ablauf der Untersuchung:

Bei einer digitalen rektalen Untersuchung führt der Arzt einen fingerdicken, mit Gleitmittel versehenen Handschuhfinger in Ihren Enddarm ein. Während er vorsichtig vorgeht, fühlt der Arzt die Größe, Konsistenz und Empfindlichkeit der Prostata und des Enddarms. Die Untersuchung dauert normalerweise nur wenige Minuten.

Vorbereitung:

Für eine digitale rektale Untersuchung gibt es in der Regel keine spezielle Vorbereitung erforderlich. In einigen Fällen kann Ihr Arzt Sie bitten, vor der Untersuchung den Darm zu entleeren. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen geben, wenn dies erforderlich ist.

Risiken und Nebenwirkungen:

Die digitale rektale Untersuchung ist in der Regel ein sicheres Verfahren. Sie kann jedoch kurzzeitig etwas Unbehagen oder leichte Schmerzen verursachen. In seltenen Fällen kann es zu leichten Blutungen oder Verletzungen der empfindlichen Schleimhaut kommen. Ihr Arzt wird die Risiken und Nutzen der digitalen rektalen Untersuchung sorgfältig mit Ihnen besprechen.

Beispiele (gesammelte Erfahrungen)

Diabetes Mellitus

Herr Gerhard Jäger ist ein 67-jähriger Pat. , der sich wegen seit 4 Monaten bestehender Fatigue/Lassitudo, Konzentrationsstörungen, Nykturie, Polyurie vorgestellt hat. Die Beschwerden seien progredient seit ca. 3-4 Wochen . Außerdem klagte der Pat. Über Polydipsie, Sehstörung, Pruritus am Rücken und an die Füße. Mykose-Infektion in der Genitalgegend, Dyssomnie aufgrund der Nykturie, rezidivierende virale Infektionen und Gingivitis, die beim Zahnarzt behandelt wurde. Die VA sei unauffällig bis auf Meteorismus. An VE leide der Pat. an Hypertonie seit 5 Jahren. Z.n. Verletzung am Kopf (eine Wunde am Kopf) vor 3 Tagen, die in der Ambulanz versorgt wurde. Vor 15 Jahren sei der Par. wegen li. Bursitis operiert worden. Der Pat. nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: - HCT Tab. 12.5 mg (1-0-0) - Antihypertensive Tab. (1-0-0), der Name sei unbekannt - Canesten Salbe gegen Mykose-Infektion Allergie sei nicht bekannt, aber der Pat. habe eine Hühnereiproteinintoleranz. Der Pat. rauche 30 zig./tägl. seit 30 Jahren und trinke 3-4 Flaschen Bier täglich. Er habe keinen Kontakt mit Drogen. Die Mutter leide an Coxitis und DM Typ II. Der Vater habe letal verlaufende Peritonitis (infolge Komplikation der Perforation der Appendizitis) erlitten. Der Pat. arbeite an einer Gaststätte und sei verheiratet.

Ich habe nur das jetzige Leiden, die vegetative Anamnese, die Vorerkrankungen, die Medikamente und meine Verdachtsdiagnose, Differentialdiagnose (z.B. Diabetes Insipidus) sowie die klinischen Maßnahmen dokumentiert.

Familienanamnese, Sozialanamnese, Allergie, Noxen habe ich sie nicht geschrieben, die Zeit war sehr knapp und der Patient erzählte über viele Sachen...

Arzt-Arzt Gespräch: Sie haben über jedes Wort gefragt, das der Patient gesagt hat. Z.B. Trägt der Patient eine Brille? Wann ist sein Termin beim Augenarzt? Wie viele Male ist der Patient auf die Toilette gegangen? Welche Art von Bier trinkt er? Wie sind seine Verletzungen passiert? Wie lange ist der Patient im Krankenhaus geblieben? Die Therapie war nicht die stationäre Aufnahme sondern ambulante Therapie. Wie ist sein Vater gestorben? Und woher kommt diese Peritonitis?

Fragen:

- Was ist Ihre Verdachtsdiagnose? Und warum?
 - Definieren Sie DM
 - Wie können Sie Ihre Verdachtsdiagnose bestätigen?
 - Der Patient leidet an rezidivierende Infektionen, Urinwerte (Frage warum?)
 - Was finden Sie in Urinstatus ?
 - Wie können Sie DM durch Glucosespiegel bestätigen?
 - wie ist die Therapie
-

Herr Dietrich ist ein 66 jähriger, der sich wegen seit 3 Wochen bestehender langsam aufgetretener Polydipsie sowie Polyphagie und Polyurie vorgestellt hat. Er berichtete, dass die Beschwerden erst mal aufgetreten und mit der Zeit schlimmer geworden seien. Laut dem Patienten, müsse er 3 bis 4 mal aufstehen um Wasser zu lassen (Nykturie). Zudem gibt er an, dass er Juckreiz im Fuß und Rücken habe und in der letzten Zeit leide er an Adynamie sowie Konzentrationsmangel und häufige Infektionen. Die vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf Durchschlafstörung wegen Nykturie. Auf Nachfragen nach Fieber sowie Bauchschmerzen wurde verneint. Noxen: raucher Alkoholiker 3-4 Flasche Bier täglich. An Vorerkrankung seien folgende Erkrankungen bekannt: Art. Hypertonie, Rechte Knie OP wegen Bursitis, Pyrosis. Die Medikamentenanamnese ergab regelmäßig Einnahme von: HCT, Mallox, Allergie gegen Hühnereiweiß. Familienanamnese: Vater gestorben mit 86 an Appendizitis (Appendixperforation und Peritonitis), Mutter: DM II. Sozial: Verheiratet.

Herr Ein 67-jähriger Patient stellte sich in der Notfallaufnahme wegen eines seit 3-4 Monaten bestehenden zunehmenden Durstes mit Abgeschlagenheit, Pollakisurie und Nykturie vor. Diese Beschwerden sind langsam aufgetreten, dann hätten sie sich im Laufe der Zeit verschlechtert. Zudem klagt er über Pruritus, trockene Haut. Er

berichte über bis zum 10 mal Blaseentleerung pro Tag. Der Urin sei hell entfärbt. Fragen nach Ikterus, Dysurie, Urininkontinenz wurden verneint. In der Vegetativeanamnese berichtet er über guten Appetit, kein Gewichtsverlust und Schlafstörungen wegen dieser Beschwerden. An Vorerkrankungen seien arterielle Hypertonie seit 5 Jahren bekannt. Er sei wegen einer Orbitsfraktur konservativ behandelt worden. Allergie gegen Hühnereiweiß sei bekannt. In der Familienanamnese fanden sich: DM typ II bei der Mutter. Der Vater sei an Peritonitis nach Appendektomie gestorben. Er arbeite in einer kleinen Gaststätte. Er sei verheiratet habe einen Sohn. Jetzt lebt allein (seine Frau im Krankenhaus). Er rauche 20-30 Zigaretten pro Tag seit 40 Jahren, was 40-60 p/J entspricht. Er trinke 2-3 Flasche Bier seit 5-6 Jahren. Er hat nur einmal Haschisch genommen.

Frau Clausman, 58 jährige Frau, die sich wegen seit 3 Wochen Sehstörung sowie Übelkeit vorstellen. Des Weiteren gibt sie an, dass sie seit eine Woche schwindlig sei. Frau... erzählte, dass im Verlauf der Zeit schlimmer geworden seien. Sie erwähnte, dass sie an Kribbeln in den Füßen leide. An Vorerkrankungen... DM seit 4 Jahren, Hypertonie seit 3 Jahren. Sie nimmt regelmäßig Metformin 500mg 1_0_1, Amlodipin 5mg 1_0_0. In der vegetativen Anamnese war unauffällig bis auf durchschlafstörung, weil sie sehr häufig auf die Toilette muss. trinke viel zu viel Wasser, mit trockenem Mund. Keine Lähmungen, kein Erbrechen, keine Sprachstörungen oder Gangstörung. Wiege 89,7 kg, von großer 1,76. In der Familienanamnese, fanden sich der Vater hatte Schlaganfall seit 3 Jahren. Die Mutter hatte an Herzinfarkt gestorben. Keine Allergien. Sie ist x_Raucherin. Trinke nur ein Glas Bier am Wochenende. Verheiratet, keine Kinder. Fahrerin in Automobile Firma

Bei Arzt-Arzt-Gespräch wird nach den Komplikationen, Maßnahmen gefragt.

Hyperthyreose

Frau Hofmeister ist eine 47-jährige Patientin, die sich wegen seit 9 Monaten Abgeschlagenheit sowie Konzentrationsstörung vorstellt. Die Patientin klagt über Schlafstörung und trockene Haare und Haut. Zudem gibt sie an Heiserkeit zu haben. Ferner sind der Patientin die folgenden Begleitsymptome aufgefallen: Obstipation, die mit Flüssigkeit behandelt wurde, und ungewollte Gewichtszunahme. Auf Nachfrage wurden Herzprobleme sowie gynäkologische Probleme verneint. Die Vorgeschichte ist unauffällig bis auf die oben genannte Obstipation und Gewichtszunahme. Ansonsten leidet sie an Cephalgie aufgrund Nackenverspannung und nimmt dafür Aspirin ein. Sie hat eine Handgelenkoperation nach einem Unfall vor 15 Jahren. Sie nimmt gegen Heiserkeit pflanzliche Tabletten ein. Sie hat eine Penicillin-Allergie. Nicht-Raucherin, trinkt keinen Alkohol. (Fragen Sie nicht über Drogenkonsum, als der Oberarzt war, außer bezüglich dieser Frage). In der Familienanamnese fanden sich: Mütterleidet an Demenz und Vater ist an HI gestorben. Die Patientin ist verheiratet, hat einen gesunden Sohn (8 Jahre), arbeitet als Versicherungskaufmann. Aufklärung Szintigrafie.

Die Fragen waren jeder Teil von der Anamnese und auch DD, Diagnose und Therapie und wie man die Schilddrüse untersucht.

Herr XY ist ein 57-jähriger Patient, der sich wegen seit 2-3 Monaten allmählich bestehenden Nervosität, Unruhegefühl und Schwitzen in unserer Aufnahme vorstellte. Der Patient klagt über Schlafstörung, Herzrasen sowie Gewichtsabnahme trotz guten Appetits. Des Weiteren erwähnte der Patient, dass er vermehrte Stuhlgänge verdünnter Konsistenz habe. Fragen nach Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit und Verstopfung wurden verneint. Der Patient habe auch eine ungewollte Gewichtsabnahme um 3-4 kg in den letzten 2 Monaten. Medikationsanamnese ergab sich folgendes: Omeprazol einmal Nachts - Ibuprofen einmal Morgens - Simvastatin einmal Morgens. Der Patient ist allergisch gegen Mandeln, Beeren und Kreuzkümmel. Der Patient hatte Phimose, die schon im dritten Lebensjahr operiert worden sei. Im rechten Ellenbogen befand sich eine Bursitis, die im Jahr 2017 schon operiert worden sei. Hyperlipidämie ist schon festgestellt bei einem Hausarzt worden, dafür nimmt er regelmäßig Simvastatin Tabletten einmal täglich. Er ist ein Raucher, 2-3 Zigaretten (kleine Zigaretten) täglich seit 15 Jahren. Er trinkt regelmäßig Alkohol (2-3 Gläser Bier täglich zur Beruhigung). In der Familie des Patienten keine vererbten Krankheiten bekannt. Auch keine Fälle von Krebs bekannt. Die Mutter ist wegen eines Ösophaguskarzinoms gestorben. Der Vater lebt noch, aber er leidet unter Koronarerkrankung und Atherosklerose. Seine Frau hatte (...) Krebs, woran sie

gestorben sei. Er habe 3 Kinder, 2 von denen sei gesund und eine Tochter habe Leukämie. Der Patient arbeitet bei einer Drogerie an der Kasse, Witwir, wohnt mit seiner Familie.

Diskussion:

Differenzial Diagnose : -Hyperthyreose aufgrund Autoimmunerkrankung

- Schilddrüsenkarzinom. -psychische Erkrankung (wegen der extreme Nervosität und Familien

Labordiagnostik:

-basalen TSH, freies T3, freies T4, Gesamt T3, Gesamt T4 (Schilddrüsenfunktion abzuschätzen). Blutbild (BSG,CRP...) Entzündungsparameter. Schilddrüsenultraschal (Echoarm/reich, Homogenität). Schilddrüsenzintigraphie (Kontrastmittel Aufnahme und Drüsenaktivität). Aufklärung: Schilddrüsenzintipgraphie.

Frau xx ist eine 59 jährige Patientin, die sich wegen seit 3 - 4 Monaten Zittern und Schwitzen vorstellte. Des weiteren gab die Patientin an, dass Sie in letzten 6 Monate trotz gutem Appetit ungefähr 4 kg an Gewicht abgenommen habe. Zusätzlich klagte die Patientin über intermittierende Herzrasen und Belastungsabhängige Dyspnoe. Darüber hinaus klagte die Patientin über vermehrte Stuhlfrequenz von 4 mal pro Tag. Auf Nachfrage erzählte die Patientin, dass sie seit 3 Wochen Haarausfall bemerkt habe. Die Patientin klagte über Ein- und Durchschlafenstörung. Fieber, Schwellung des Halses und Schluckbeschwerden wurden verneint. Die Vorerkrankungen: chronische Rückenschmerzen, Hyperlipidämie, Rhinitis und Sinusitis, Postmenopause syndrom. li. Handgelenkfraktur vor 7 Jahren

Vorop. Cholezystektomie vor 5 Jahren, li. Hüft TEP. Die Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von die folgenden: Declofenac 1-0-0, Omeprazol 20mg 0-0-1, Simvastatin 20mg 0-0-1, Otrivin nasalspray. Hormonersatztherapie Clinara Pflaster. Allergie gegen Erdnuss ist bekannt. Noxen: Die Pat. ist nicht Raucher, trinkt Alkohol 1 Glass Wein abends. Die Familienanamnese: Die Mutter ist an Mammakarzinom gestorben. Der Vater ist an Hirntumor gestorben. Ihre Kinder sind gesund. Die Sozialanamnese: verwitwet, 3 Kinder, arbeitet in Blumenladen, wohnt alleine.

Herr Maßmann ist ein 54 jähriger Patient, der sich wegen seit 3 Monaten zunehmende innere Unruhe sowie Herzrasen und Nervosität vorstellte. Trotz guten Appetits habe er 5 KG Gewicht innerhalb von 3 Monaten verloren. Der Patient gab an, dass er Luftnot bei starker Belastung habe. Vorerkrankungen: erhöhte Cholesterin, gelegentlich Rückenschmerzen. Operationen: Hüfte TEP recht vor 2 Jahren. Medikamente: Simvastatin 20mg 0-0-1, Diclofenac 0-1-0, Genussmittel: Alkoholtrinken (gelegentlich). Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Schlafstörung - Sozialanamnese: verwitwet, hat 3 Kinder, arbeitet im Blumengeschäft. Familienanamnese: Vater ist an Hirntumor gestorben. Mammakarzinom bei der Mutter. Verdachtsdiagnose: Hyperthyreose (Morbus Basedow). DD: Herzrhythmusstörung

Fragen :

wie kann man Morbus Basedow diagnostizieren? wie kann man die Schilddrüse untersuchen? warum Herzrasen?

45 jährige Patientin, die sich wegen seit einem viertel Jahr Apathie, Gewichtszunahme, Obstipation vorstellte. Die Beschwerden hätten sich im Laufe der Zeit verschlechtert. Sie habe an Gewicht 5 Kilo zugenommen in den letzten 6 Monaten. Die Patientin klagte über teigige, getrocknete Haut und ... Haare (konnte ich nicht richtig hören) Des Weiteren geben die Patientin an, dass sie an Konzentrationsschwäche und heiserer Stimme leide. Sie habe Milchzucker gegen die Obstipation, aber das habe nicht geholfen, laut der Patientin. Wegen ihrer schlechten Stimmung habe sie eine Pflanze

genommen aber das habe nicht viel gebracht, laut der Patientin. Fragen nach Husten, Dysurie, Polyurie, Dysphagia, Lymphknotenvergrößerung, blutete Haut, Bauchschmerzen, Schwindel, Schwitzen, und Thorakalschmerzen wurden verneint. Nikotinabusus von 15p/y aber sie habe damit aufgehört wenn sie ihr einziges Kind gehabt habe vor 8 Jahren. Alkohol 2 - 3 Bier am aber seit 2-3 Wochen nicht mehr weil sie keine Lust mehr habe. Appetit, Miktio waren unauffällig aber sie habe erwähnt, dass sie zu viel schlafe und sehr müde sei. Sie habe Allergie gegen Pferdshaar und Diclofenac. Sozialanamnese ergab die folgende: Verheiratet, Wohnen in Münster seit 2 Jahren aber früher in Bayern. Habe ein Kind, das behindert sei und habe ... Fehlbildung, deswegen habe er Luftröhrenkanüle. Vor-Erkrankung: Kopfschmerzen seit sie Kind war und nehme seitdem Aspirin. (sie hat gesagt, dass es mit Regelblutung verbunden aber ich weiß nicht ob sie das gemeint hat oder habe ich mich einfach verwechselt!!) Akzema auch sei ihr bekannt und dafür nehme sie

Shampoo!! Jetzige Medikamente : Aspirin und Shampoo !!! Familienanamnese : Mutter sei an eine Erkrankung, die das Herz betrifft !!aber sie wusste nicht und das War plötzlich(ich habe einfach Herzinfarkt geschrieben) Papa sei noch am lieben und nehme kortison wegen einer Erkrankung der nebenniere.

Fragen

Therapie der Hyperthyreose ?

Hypoglykämie

Pat.: Fr. Hofmeister. Alter: 53 J. Groß/ Gewicht: 178/68 kg. Allergie: Sie sei gegen braunes Pflaster und Erdbeeren allergisch. Genussmittel: Sie sei Raucherin 30py. trinke Alkohol gelegentlich, keine Drogenabhängigkeit. Sozialanamnese: Sie sei verwitwet, 2 erwachsene Sohne und arbeitete bei DHL als Fahrerin (Paketzustellerin). Familienanamnese: in der Familienanamnese fanden sich bei der Mutter Varizen mit offene USwunde li.(ulcus cruris). Der Vater sei an Nasennebenhöhle-Ca.*habe ich Sinuskarzinom geschrieben!!* gestorben.

"Die Pat. wurde mit Rettungsdienst geliefert aufgrund von Synkope heute nachmittag. Sie sagte, dass sie im Garten für viele Stunden gearbeitet habe und dann auf einmal bei Kellertreppen hingefallen sei. Seitdem klagte sie über sehr starken Schmerzen in re. Schulter, Ellenbogen sowie Handgelenk und Hüftbereich. Die Schmerzen seien auf Schmerzskala bei 9/10, und von Ödeme, parästhesie(Kribbeln) begleitet. Sie sagte, dass sie vor dem Sturzereignis Vertigo sowie Schwarz vor Augen und reiz Hunger ihr aufgefallen seien. Die V.A. sei unauffällig bis auf viel Stress in der Arbeit und ab und zu Diarrhö, Menstruationstörung , die letzte mal vor 6 Wochen aber sie ist immer bei Frauarzt zur Kontrolle. An Vorerkrankungen seien die Folgenden bek. : HTN seit 8J. DM typ2 seit 4J. Sie hat vor ein Jahr Hörsturz li. Ohr gehabt und seitdem Tinitus bek. Sie sagte auch Stirnhohlen vereiterung hab ich frontale Sinusitis aufgeschrieben. OPs: Sie sei wegen Extrauterin gravidität vor 3 J. operiert worden.eine Op wegen einer Kreuzbandruptur als 17 J. war. mehr hab ich nicht geschafft, Aber sie sagte noch dass sie vor 3 Monaten im KH wegen einer Pilzvergiftung war. Med: Ramipril, Imodiun n.B. ,Insulin (neue eingestellt statt Metformin)

Fragen:

Was ist V.a?! Welche Maßnahmen machen Sie?! Wo war die Kribbeln

genau, und was wurde hier verletzt?! Behandlung?! Im Hüftbereich was ist die häufige Verletzungen sollen Sie nachdenken?! Nach was fragen sie wegen die Wunde?! Tetanus -Impfung.

Aufklärung war, falls keine (Knochenbruch)Frakturen, beruhigen Sie die Pat. und sagen Sie Ihr, wann kann sie wieder zum arbeiten gehen? und ob sie im KH bleiben muss?

pAVK

Herr Martin Löffler, 69 J. Hat sich wegen seit 3-4 Wochen langsam aufgetretener zunehmender, stechender, belastungsabhängiger Schmerzen im rechten Wade mit Ausstrahlung in den gesamten Fuß vorgestellt. Er berichtet, dass sich die Schmerzen in den letzten Tagen verschlimmern würden und bei einem Gehstrecke von 100m auftreten sein und sich beim stehen bleiben verbessern würden. Kältegefühl im Bein, dünne Haut sowie Nagelveränderungen seien ihm aufgefallen. Der Patient gibt an, dass er unter chronische Dyspnoe bei bekannter Asthma bronchiale sowie Orthopnoe leide. Die Fragen nach Trauma, Ruheschmerz, Beinschwellung, Kribbeln oder Taubheitsgefühl wurden verneint. Die vegetative Anamnese sei bis Einschlafstörung unauffällig. Vorerkrankungen: Asthma bronchiale seit dem 15. LJ.- Symbicort Spray 1-0-0, Diabetes mellitus seit 5 J- 1-0-1, Dyslipidämie - Simvastatin 20mg 0-0-1, Z.n: Stent Anlage bei KHK vor 5 J. Novalgin Allergie sei bei ihm bekannt. Glutenunverträglichkeit (Zöliakie) sei bei ihm bekannt. Er sei Raucher, rauche 10 Zig/Tag seit 5 Jahren, früher habe er 20 Zig/Tag geraucht, Er ist Rentner, habe als Tischler gearbeitet (durch Holzstaub verursachte Asthma). Er ist verheiratet, hat 2 Kinder, die Frau ist krank und wohnt im Pflegeheim. Er wohnt allein. Die Mutter des Patienten sei an perforierten Schlagader gestorben. Der Vater habe an Nierenversagen gelitten und ein neue Niere bekommen, er sei gestorben. (Die Niere hat nicht gut funktioniert)

Herr Martin Lorenz ist 69-jähriger Patient, der sich wegen einer seit heute Morgen bestehenden plötzlich aufgetretenen dumpfartigen rechtsseitigen Schmerzen im Wade vorgestellt hat. Die Schmerzen auf Schmerzskala seien von 8, der Patient klagt, dass die Schmerzen an die rechte Fuß ausstrahlen hätten, außerdem

berichtet er, dass er beim laufen nach 100 meter Strecke halten muss, auf Nachfrage , berichtet er , dass er keine Hautverfärbung in diesem Bereich bemerkt habe , An Vorerkrankungen leide er an Diabetes Mellitus , wofür er Inkantura zwei mal täglich einehme .er leide auch an Asthma , als regelmäßige Medikamenta kriege er die folgenden Medikamenta : Ass 100 mg 1-0-0, Simvastatin 1-0-0. er habe allergien gegen Novalgin. die Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf er an Ansomnie leide. er rauche ein Schachtel pro Tag seit 50 Jahren , und er trinke keinen Alkohol . er sei Verheiratet , er habe 2 Kinder , er wohne alleine , er sei Renter vorher sei er Schreiner . An Familienanamnese fanden sich eine Nierentransplantation bei seinem Vater , und seine Mutter sei an Aortadiisektion gestorben .

Myokardinfarkt:

Herr XY ein 57-jähriger Autovermieter, stellt sich mit Begleitung seiner Frau wegen seit heute Morgen um 4Uhr bestehenden brennenden retrosternalen Schmerzen mit einem Engegefühl vor. Er berichtet, dass die Schmerzen zur Mandibula strahlen würden, auf einer Schmerz- Skala 9/10 seien, mit einer Ruhedyspnoe begleitet seien. Vor 3 Wochen seien ähnlichen Beschwerden, die mit leichter Intensität seien und spontan verschwunden hätten, nach einer Aufregung mit seinem Nachbarn aufgetreten. Die vegetative Anamnese ergab eine nächtliche Hyperhidrose, Cephalgie (wegen a. Hypertonie), Vertigo (wegen einer Hypotensive), Gewichtsabnahme von 3 Kilo innerhalb von 4 Monaten, Pollakisurie, Nykturie (3-4-mal pro Nacht), Obstipation, Tachykardie und trockenes, Tussis (seit 3 Wochen)., Zusätzlich rauche der Patient etwa 2.5 P/Y und trinke gelegentlich Alkohol. An Vorerkrankungen leide er an a. Hypertonie seit 4 Jahren, die mit Ramipril 5mg (1-0-1), HCT12.5(1-0-0) eingestellt ist, an Diabetes Mellitus Typ 2 seit 3 Jahren, die mit einer Antidiabetika 500 (1-0-1) behandelt ist und an Myositis (Muskelentzündung) seit Jahren. Seit 3 Jahren habe er eine Bursitis (Schleimbeutelentzündung), die konservativ (Voltaren Salbe bei Bedarf) versorgt ist. 2007 erfolgte eine Lipomenentfernung (Fettknoten) in der rechten Schulter. Eine Pollinosis (gegen Birken) und Hühnereiproteinallergie (Hühnereiweissunverträglichkeit) sind bei ihm bekannt. In der Familienanamnese fanden sich Diabetes Mellitus Typ 2 bei der Mutter und Silikose (Staublugenkrankheit, er war Bergmann) beim Vater, an dem er vor 3 Jahren starb. –

Fragen:

An welche Diagnose denken Sie? Wie ist der Patient zum Krankenhaus angekommen? Selbst oder mittels Krankenwagen? Warum ist diese Information wichtig? Warum haben Sie an einer Lungenembolie gedacht? Ist es den gleichen Krankbild? Wie können Sie eine Embolie diagnostizieren? Was sind die Risikofaktoren für diesen Patienten? Warum ist Diabetes ein besonderer Risikofaktor für unseren Patienten? Kennen Sie die Antidiabetika, die der Patient einnimmt?

Herr X ist 68 jähriger Pat. , der sich heute wegen seit einigem Wochen undauerhafter , akut aufgetretener und retrosternaler Thoraxschmerzen vorgestellt hat. der Pat. Klagte über mittlere und stechende Schmerzen mit Ausstrahlung in die Unterkiefer (der pat. erzählte, dass dieselbe Schmerzen auch im Unterkiefer aufgetreten seien.) Herr X erzählte, dass die Schmerzen bei schwere Belastung (beim Treppesteigen) aufgetreten und nicht mehr als 10 minuten anhaltend Ferner sind dem Pat. begleitsymptome aufgefallen: Belastungsabhängige Atemnot und kalten Schweiß

Herr Lehmann ist ein 54 jährige , der sich bei uns stationär vorgestellt hat. Er kam wegen linksseitige thorakale Schmerzen . Die Schmerzen seien eher dumpf und drückend beschrieben und strahlen in den linken Arm aus. Weiterhin laute er dass er heute früh ganz gut aufgestanden sei und zur Arbeit später gegangen sei, dort habe er einen Streit mit seiner Kollegen gehabt, der diese Schmerzen ausgelöst hatte. Diese Schmerzen sind einmal vor 3 Wochen aufgetreten aber was er erlebt jetzt ist mega schlimmer. Natürlich er hat Angst von sterben und ich sollte ihm mehr mals zur Ruhe bringen. - Vorerkrankungen : DM (zuckerkrankheit), Arterielle Hypertonie (Hochblutdruck), Ulkus Ventrikuli (Magengeschwür) - Familienanamnese : Mutter : Herzrythmusstörung mit Schrittmacher-implantation, Vater : Lymphdrüsen Krebs – Verstorben. Rauchen: 1 schachtel/jahr, Appetit: schlecht, Alkohol: wegen stress 4 flaschen bier vor Schlafen.. Sozialanamnese : Von seiner Frau geschieden, wohnt allein., 2 Kinder weit weg von ihm. Arbeitet als fahrlenhrer und viel stress bei der Arbeit.

Fragen:

- warum machen Sie ein Angiographie?

- was sind die Risiken und Komplikationen bei dieser Untersuchung?
 - Sie haben diese Untersuchung gemacht und stent gelegt aber keine besserung ist aufgetreten .. Mmm was machen Sie weiter?
 - Was ist Tietze syndrome?
-

Herr Hammkötter ist ein 68- jähriger Patient , der sich wegen plötzlich aufgetretenen zunehmenden drückenden retrosternalen Schmerzen vorgestellt hat. Er berichtet , dass die Schmerzen seit heute Morgen bestehen würden. Außerdem erzählt er, dass die Beschwerden sich im Lauf der Zeit verschlechtert hätten sowie bei Belastung zugenommen hätten. Zusätzlich sagte er, dass die Schmerzen in den Unterkiefer ausstrahlen würden und sehr starke Schmerzen seien. Des Weiteren gibt er an, dass die Beschwerden von Schwitzen sowie Dyspnoe begleitet seien. Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Appetitlosigkeit und Schlafstörung . Die wichtigste Vorerkrankungen sind: -eine medikamentöse eingestellte arterielle Hypertonie seit 20 Jahren. - ein DM Typ 2 seit 15 Jahren. - keine Operationen. - Z.n Bänderriss an Rechten Daumen bei Skifahren ,die konservativ behandelt wurde. Medikamente: Er nimmt : - Ramipril (ACE - Hemmer) 5mg 1-0-0. - Simvastatin 20 mg 1-0-0. -Metoprolol(BB)95mg 0-0-1. - Metformin 1000mg 0-1-0. - HCT(hydrochlorothiazid) 12.5 mg 1-0-0. Allergien sind gegen Penicillin und Pflaster bekannt. Er raucht 15 Zig/ Tag seit 50 Jahren . Er trinkt Alkohol am Feiern. Familienanamnese : Bei seinem Vater Herzrhythmusstörung und Schrittmacher . Bei seiner Mutter DM und Dialysepflichtet Seine Geschwister sind gesund. Sozialanamnese : Er arbeitet als Lehrer und Stress in seiner Arbeit. Er ist getrennt und lebt alleine , hat 2 Kinder.

Eine 64 jährige patientin stellte sich wegen seit heute Morgen bestehender retrosternaler schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm vor.Er berichtet, dass die schmerzen seit einer Woche begonnen hätten, aber seit heute Morgen verstärkt hätten.Die schmerzen haben einen brennenden charakter mit einer schmerzstärker von 7, außerdem klagt sie über belastungsabhängige Dyspnoe, retrosternales Druckgefühl, schwindel und schweißausbrüch. sie verspüre große Angst. Er habe keine Orthopnoe, Ödeme, oder sonstige Symptomatik... Vegetative anamnese war unauffällig Als vorerkrankungen sind DM typ 2 seit drei jahren, arterielle hypertonie seit fünf jahren bekannt. Z.n Rippenfraktur bei Sport vor einem jahr und wurde

konservativ behandelt, sie sei i wegen Pyelonephritis im krankenhaus stationäre gewesen. Er nimmt Ramipril tab zwimal täglich HCT 12,5 mg einmal täglich, Metformin. in der familieanamnese fanden sich eine herzrythmusstörung bei der Mutter und habe schrittmacher bekommen, Der Vater ist an Hodgkin lymphom gestorben , sie ist geschieden und lebt allein und habe zwei kinder im Erwachsenenalter. Sie raucht seit 20 jahr, etwas 20 ziarrette täglich, und trinke selten Alkohol.

Frau Müller 68 Jährige Patientin, die sich wegen seit etwa halbstunde bestehenden Akuten drückenden retrosternalen Thorakalenschmerzen vorgestellt hat. die Schmerzen würden im linken Arm und Unterkiefer ausstrahlen. Darüber hinaus klagt sie über Übelkeit und sie schwitze sehr stark und verspüre große Angst zu sterben. Fragen nach Erbrechen, Dyspnoe wurden verneint. Die bereits erfolgte eine Gabe von Glyceroltrinitrate habe die schmerzen nur leicht lindern können. Des weiteren gibt die Patientin an , dass sich die Schmerzen mit der zeit deutlich verschlechtert hätten. An Vorerkrankungen seien eine Arterielle Hypertonie und DM Typ II (nicht Insulinspflicht), Hypercholsternimiä bekannt. sie erwähnt, dass es wegen eines Träuma ein knieprothiesia durchgeführt wurde. Es besteht eine Dauersmedikation mit Ramipril, HCT, Metoprolol , Simvastatin. ihre Mutter sei ein Chronischenieren Insuffizienz (dialyosasplicht) bekannt. ihr Vater sei Herzrrhythmusstörung bekannt und er habe ein Schrittmacher bekommen. Frau Müller sei Raucher seit etwa 30jahre und sie trinke selten Alkohol. Penicillin Allergien sei bekannt aber Essen Allergien liegen nicht vor.

Herzinsuffizienz

Herr Westmann ein 62-jähriger Patient, der sich wegen seit 8 Wochen zunehmender Dyspnö sowie beidseits Beinödem vorgestellt hat. Er berichtet, dass die Dyspnö bei Belastung und in Ruhe aufgetreten sei und der Pat. könne nicht nachts flach liegen. Darüber hinaus gibt er an, dass die Beine abends dicker geworden seien. Zudem sagte er ,dass er in 6 Wochen 8 kg ungewollt zugenommen habe. Außerdem erwähnt er, dass er nachts mehrmals Wasser lassen müsse. Andere Beschwerden wie Schmerzen, B-Symptome und abdominelle Beschwerden wurden verneint. An Vorerkrankungen sind Vorhofflimmern (seit 5 Jahren), arterielle Hypertonie (seit 2 Jahren) und Cholesterinämie (seit 2 Jahren) bekannt. Vor 3 Jahren ist Prostatahyperplasie operiert worden, die gutartig wäre. Die

Medikamentenanamnese ergab, dass er die folgende Med.r regelmäßig einnehme: Marcumar 1 -0-0 , Bisoprolol 1-0-0 , HCT 12,5 mg 1-0-0 , Simvastatin 20mg 0-0-1. Der Pat. Ist Ex-Raucher und seit 5 Jahren hat er das Rauchen aufgehört. Er trinkt Alkohol gelegentlich. Der Pat. ist Rentner und verwitwet. Er hat 3 Erwachsene und lebt mit seinem behinderten Kind. Er ist 1.60 cm und wiegt 78 kg.

Arzt-Arzt Diskussion:

Wie kann man bei der körperlichen Untersuchung die Diagnose sichern?

Schlaf Apnoe Syndrom

Herr Scherer ist ein 57-jähriger Patient, der sich bei uns in unserem Krankenhaus wegen seit 4 Monaten bestehender Abgeschlagenheit und Konzentrationsstörung vorstellt. Der Patient berichtete , dass die Beschwerden langsam begonnen hätten und im lauf der Zeit schlimmer geworden seien. Darüber hinaus gibt er an, dass er unter Schlafbedürfnis ,Tagesmüdigkeit sowie Einschlafneigung am Tag leide. Seine Frau berichtete über Apnoe (Atemstillstand ,Atempausen) während des Schlafes. Der Patient erzählte, dass er wegen dieser Beschwerden beim Hausarzt gewesen sei und ein Lungenfunktion-Test durchgeführt wurde, der normale Befunde gegeben wurde. Der Hausarzt sagte, dass der Patient Nasenpolypen habe und er eine operative Behandlung brauche. Ferner seien dem Patient die folgende Begleitsymptome aufgefallen; Obstipation , Kältegefühl , Gewichtszunahme sowie Bein Ödem. Auf Nachfrage wurden Dyspnoe, Husten,Struma und Dysphagie verneint. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf o.g Symptome. Der Patient hat mit dem Rauchen seit5 Jahren aufgehört, damals habe er 15-20 zig.tgl für 30 Jahre geraucht. Ein Alkoholabusus von 1-2 Flasche Bier wurde abgegeben. An Vorerkrankungen seinen die folgende beim Patient bekannt: - Chronisch Kopfschmerzen (Cephalgie) , die 2-3 mal/Monat aufgetreten seinen und mit 500mg Aspirin behandelt wurde. - Schulterglieder schmerzen (Omarthralgie ,Omarthrose) seit 3Monaten, die mit physiotherapie (Krankengymnastik) behandelt wurde. - Kahnbeinfraktur(Skaphoidfraktur), die eine operative Behandlung brauche. In Bezug auf die Medikation nehme Herr Scherer die folgende Medikamente ein; - Aspirin 500mg 1*2 wegen Kopfschmerzen - Laxantien (Abführmittel) wegen Obstipation In der Familienanamnese fanden sich bei dem Vater Cushing-Syndrom

(der patient sagte: mein Vater hat Probleme mit Nebennieren und nimmt Kortison dagegen). Der Mutter sei an Lungenembolie gestorben (der Patient sagte: mein Mutter sei plötzlich nach einem Flug gestorben). Der Patient sei Steuerberater von Beruf, verheiratet seit 20 Jahren , habe einen behinderten Sohn wegen Hypoxie während der Geburt, wohne in Münster mit seiner Familie zusammen.

Herr Geiger ist ein 61-jähriger Patient, der sich wegen Müdigkeit und Konzentrationsstörungen vorgestellt hat. Die Beschwerden hätten vor 3-4 Wochen begonnen und mit der Zeit an Intensität zugenommen. Des Weiteren berichtet der Patient über Vertigo. Er gab an, dass seiner Frau bemerkt hat, dass er durch dem Schlaf schnarchen. Auf Nachfragen wurden von dem Patient Nausea und Vomitus verneint. An Vorerkrankungen seien folgende Erkrankungen bekannt: arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus (Typ 2). Es bestünde z.n. Steißbeinfistel, die operativ behandelt wurde. Eine Auslandsreise in der letzten Zeit wurde von dem Patient verneint. Der Patient sei regelmäßig geimpft. Er nehme regelmäßig: - Valsartan 80mg 1-0-0, -Metformin 500mg 1-0-1 ein. Allergie gegen Nüssen und Laktoseintoleranz seien bekannt. Die VA sei unauffällig bis auf Obstipation und Nykturie (1-2 Mal). Ein Nikotinkonsum seit 40 Jahre, von 20 Zigaretten pro Tag sei bekannt. Ein Alkoholkonsum von ein Bier oder ein Glas Wein täglich wurde angegeben. Drogenkonsum wurde von dem Patient verneint. In der Familienanamnese fanden sich Hypothyreose bei der Mutter und Ösophagusvarizen bei dem Vater, woran er gestorben sei. Der Patient sei Zahntechniker von Beruf und er wohne mit seiner Lebenspartnerin zusammen. Er habe drei erwachsene Kinder und zwei Enkelkinder. Der Patient fühle sich nicht durch seiner Arbeit oder Lebenssituation überfordert.

Pneumonie

Frau Richter ist eine 56-jährige Patientin, die sich mit seit 3 Tagen plötzlich aufgetretenem hohem Fieber , bestehendem Husten sowie gelblichem Auswurf vorstellte. Die Patientin gibt an, dass sie unter zusätzlichen thorakalen Schmerzen ohne Ausstrahlung leide. Sie habe vom Hausarzt Acc800 bekommen, welches ein bisschen geholfen habe. Ferner klagt die Patientin über Belastungsdyspnoe als Begleitsymptome. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf: Fieber von 40• , Abgeschlagenheit , Appetitlosigkeit und Schlafstörungen wegen der Beschwerden. Sie hat 20 Zig/ Tag für 25 Jahre geraucht . Zurzeit nicht mehr . Sie trinkt Alkohol

gelegentlich am Wochenende. Die Vorerkrankung: - arterieller Hypertonie - Psoriasis (sie hat gesagt dass sie an Schuppenkrankheit an der Haut leidet) - Arthrose (wichtig!!) (sie hat gesagt , sie hat Schmerzen am Knie wegen ... VERSCLEIß) - Mamakarzinom = Brustkrebs (wurde vor 3 Monaten festgestellt). Sie ist gegen Penicillin allergisch. Medikamente: sie nimmt - Ramipril 1-0-0, HCT gelegentlich ein, Radiotherapie (seit einem Monat), - Vom Hausarzt ACC 800 1-0-1 seit 3 Tagen In der Familienanamnese fanden sich: -Herzrhythmusstörung bei dem Vater - die Mutter ist am (Bauchspeicheldrüsenkrebs) pankreaskarzinom gestorben. Sie arbeitet als Polizistin , nicht verheiratet (sie hat gesagt dass sie mit einem Freund lebt) , hat eine Tochter und wohnt mit ihrem Freund zusammen.

Herr... ist 63 jähriger patient.der sich wegen Fieber,Schüttelfrost sowie Thoraxscherzen seit gestern vorstellte. die Scherzen mit dem Husten schlimmer gewoden seien, der patient klagte über Husten seit 2-3 Wochen, die in letzte Zeit schlimmer geworden seien. des weitem berichtete der patinen, dass er seit 2-3 wochen verstopftenase und Schnupfen habe. der Vegetative Anamnesa war unauffällig bis auf Appetitlosigkeit wegen diese Krankheit. in der Vorerkrankungen ergab sich Hypertonie seit 10 Jahre Prostatkarzienom seit 6 monaten.undwurde mit strahlen thierapie behandelt, und die letzte Gabe war vor 3 Woche Als daurmedikaminte kriegt er Ramipril 10mg M 5 mg Abend Wasertableten 12,5 mg HZT die famiellen A fand sich. seine mutter an Bauchspeicheldrüsekrebs gestorben sein Vater leidet an Herzrhythmusstörung er ist Polizei von beruf Ledig und hat ein kind und lebt mit seine Freundin er raucht ein Schachtel pro Tag. er hat Allergie gegen Penicillen und Tierehare.

Deutsch-Jordanischer Ärzteverband e.V.

Laryngitis

Frau is eine 56 jährige Patientin, die sich wegen seit drei Wochen bestehender zunehmender Schmerzen im Rachenraum in unserer Notfallaufnahme vorstellte. Die Patientin berichtete, dass die Schmerzen brennend und sehr stark seien und mit Dysphagie verbunden seien. Ferner gab sie an, dass sie leichtes, trockenes Husten habe und viel Speichel produziere. Im Lauf der Zeit seien die Schmerzen schlimmer geworden und jetzt habe sie Schwierigkeiten, Wasser zu schlucken. Darüber hinaus seien ihr die folgende Begleidsymptome aufgefallen: Appetitlosigkeit, Heiserkeit, Gewichtsverlust von 7kg in letzter Zeit. Nachfragen auf Fieber und Schüttelfrost wurden verneint. An Vorerkrankungen leide sie seit 6 Jahren an Diabetes, welcher

medikamentös eingestellt sei. Wegen einer linken Schwerhörigkeit trage sie ein Hörgerät. Eine Herzrhythmusstörung sei ihr auch bekannt und sie nehme Marcumar (einmal täglich) deswegen ein. Sie sei vor 2 Jahren am linken Ellenbogen operiert worden. Sie nehme keine anderen Medikamente ein. Allergien gegen ein Schmerzmittel (Namen könnte ich nicht erinnern), Gräser und Mehl. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Nikotinabusus. Sie habe seit 30 Jahren 12-15 Zigarretten pro Tag geraucht (ca. 22 py). In der Familie fanden sich folgende: Bei ihrem Vater sei eine Magenresektion bekannt (die Patientin wusste nicht die Indikation). Ihre Mutter sei an Kolonkarzinom verstorben. Sie sei Pfortnerin von Beruf, sei verwitwet, habe 2 Kinder und ein Pflegekind und wohne allein.

Fragen:

1. Was für eine Herzrhythmusstörung könnte die Patientin haben
 2. Ösophagoskopie Aufklärung, Komplikationen? Was macht man mit dem Marcumar (absetzen oder weiter Einnahme)? Was ist Bridging?
-

Dyspnoe

frau xxx ist eine 65 jährige Patientin . die sich wegen zunehmende belastungsdyspnoe , abgeschlagenheit , sowie beidseitige beinoedem vorstellte , frau xxx berichtet , dass die Beschwereden seit 8 wochen bestehen würden und sich im laufe der Zeit verschlechtert hätten , des weitren gab sie an, dass die luftnot bei leichter Belastung auftrete NYHA 3 UND dass sie nicht mehr flach liegen könne , und zum schlafen 3 kissen brauche , sie erzählte , dass sie in lezter nachts 3 mal auf die Toilette gehen müsse Nykturie , ferner klagt sie über trockenen Husten fragen nach fieber , thorakalschmerzen wurden verneint an Vorerkrankungen seien Arterielle Hypertonie seit 12 jahren , herzrhythmusstörung ? VHF seit 2 Jahren linksherzkatheter war dabei gemacht pt weis nicht die Ergebniss , erhöhte Blutfettwerte , sie sei wegen Eierstockzysten vor 6 jahren opreiert worden , bei medikamentenanamnäse ergab sich eine regelmäßige Einnahme von/ ramipril 5 mg 1-0-0 , bisoprolol 5mg 1-0-0 , atrovastatin 20 mg 0-0-1 , markumar dosierung steht auf markumar pass , allergien gegen penizillin ist bekannt in der Familien

anamnese fanden sich , mutter an Gebärmutterhalskrebs gestorben , vater hat herzinfarkt überlebt . patientin ist verheiratet , hat 4 kinder wohnt mit der familie , sie ist rentnerin und war Verkäuferin von Beruf

Fragen:

Verdachtsdiagnose?

beinoedem wie untersuchen sie das ?

was könnten sie in echo als ursache finden ?

kann die patientin ein thrombus im linkervorhof haben ?

was muss täglich gemessen werden ?

was ist die häufigste form von Eierstockzysten?

Herr xxx 69 jähriger Patient, der sich wegen Belastungsdyspnoe seit 4 Wochen vorstellte. Herr xxx sagte, dass die Beschwerden langsam begonnen hätten, und mit der Zeit schlimmer geworden seien. Der Patient berichtet, dass er flach nicht hinliegen könne. Zum Schlafen braucht er 3 Kissen. Er klagt über beideseite geschwolene Beine und Nukturie. Keine Fieber. leichtes Husten. An vorerkrankungen ergab Vorhofflimmern und Hypertonie seit 3 Jahren bekannt. Der Patient sei wegen rechtseitige Knie Operation und Prostata Operation schon operiert worden. Allergien gegen Penzilli seien bekannt. Herr xxx raucht 15 Zigarette pro Tag seit 30 Jahren aber seit den letzten zwei Jahren raucht er nicht mehr. Er trinkt Alkohol zwei Gläser wein pro Woche. Bei Medikamente ergab eine Einnahme von Ramipril 1.0.0. Marcumar 1.0.0. ACT 1.0.0. Fettsenker . Bei vegetativen Anamnese war unauffällig bis auf eine zunahme vom Gewicht 3 Kg innerhalb 6 Wochen. Herr xxx wiegt 78 Kg, 162 groß. Sozialanmnese : Der Patient sei Rente, verwetwit, 3 Kinder habe er, lebt mit seinem Sohn. Famielienanamnese fanden sich, der Vater leitet an Herzinfarkt. Die Mutter sei an Gebärmutterkarzinom gestorben. Die Kinder seien gesund.

Schlaganfall

Herr X ist ein 57-jähriger Patient, der sich wegen seit 2,5 Stunden entstehender Kopfschmerzen, Ataxie, Emesis vorgestellt hat. Die Beschwerden seien nach dem Aufwachen aufgetreten und seither an Intensität zugenommen. Des Weiteren klagt der Pt über halbseitige Lähmung, die die linke Körperhälfte betrifft. Zusätzlich teilt er mit, dass er Schwächegefühl und unheimlich viel Angst habe. Ferner sind der Pt folgende Begleitsymptome aufgefallen: Sprachstörung (seine Partnerin habe es bemerkt) und dass seiner Blick sich ungewollt auf linke Seite lenkt. Die Vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf einen Durchfall- 3- 4 mal/ Woche. Der Patient sei Raucher seit seiner Ausbildungszeit und rauche 6 Zigaretten am Tag in letzten 2 Jahren und vorher habe er 1 Schachtel/ Tag geraucht. Er trinke 2 Gläser Bier abends. An Vorerkrankungen leide er an: 1. Hypertonie- seit 15 J (RF.) 2. D.M. 2 seit 6 Jahren (RF.) 3. Hyperlipidämie (RF.) Der Patient sei an der Halsschlagader und wegen Septumdeviation (Verkrümmung der Nasenscheidewand) operiert worden. Die Medikamentenanamnese ergab die Einnahme von: 1. Euglucon 20 mg 1-0-1 2. ASS 1-0-0 (nach HSA OP) 3. Sortis 20 mg 0-0-1 (verträgt aber diese Medikament nicht gut) 4. Imodium- gelegentlich Folgende Allergien seien bei ihm bekannt: Birkenpollenallergie und verträgt manche Obst nicht. In der Familienanamnese fanden sich: 1. beim Vater - schwer heilende Wunden 2. bei der Mutter - Depression und habe künstliche Darmausgang aufgrund CED (Chronisch- entzündliche Darmerkrankung). Er habe Angst, dass er die gleiche Krankheit wie seine Mutter hat. Der 57-jähriger Patient sei in Scheidung, habe eine Tochter und einen Adoptivsohn und lebt allein. Der Patient sei Beamter in Ordnungsamt und habe viel Stress auf der Arbeit.

Zusätzliche Fragen:

- * Wie behandeln wir Schlaganfall?
- * Diagnostische Maßnahmen- CT- Aufklärung
- * Unterschied zwischen ischämischer Infarkt und intrazerebrale

Blutung

- * Was muss man machen, wenn eine Stenose der HSA entsteht und

Aufklärung

- * Unterschied zwischen TIA und Apoplex
 - * Risikofaktoren
 - * Ich habe Fragen nach allen Medikamenten bekommen und auch über CED
-
-

Herr Jürgen Bernard ist ein 63-jähriger Patient, der sich wegen Schwäche der ganzen linken Körperseite vorgestellt hat. Die Beschwerden hätten vor 3 Stunden begonnen und seinen im Zeitsverlauf gleich geblieben. Des Weiteren berichtet der Patient über Hypästhesie der betroffenen Seite sowie Kopfschmerzen und Dysarthrie. Außerdem habe er ein Instabilitätsgefühl und ihm sei ein bisschen schwindelig. Auf Nachfrage wurden Bewusstseinsverlust sowie Sehstörungen und Tinnitus vom Patient verneint. Ähnliche Beschwerden seien nie zuvor aufgetreten. An Vorerkrankungen seien folgende Erkrankungen bekannt: Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie sowie chronische Schulterschmerzen bekannt. Es bestünden Z.n OP Arteria carotis re. Und Z.n Abzcess OP in der Achessel. Er nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: Ramipril 5 mg, Ouglucon, ASS, Simvastatin. Gelegentlich nehme er Imodium wegen häufig aufgetretene Diarrhöe. Allergien gegen Pollen sowie Apfel und Apfelsinen seien bekannt. Sein Gewicht sei konstant. Er leide an Diarrhöe. Miktion sei unauffällig. Es bestünde ungestörte sexuelle Funktion. In der Familienanamnese fanden sich Claudicatio intermittens - pAVK (Er hat gesagt Schaufensterkrankheit) und Depression bei der Mutter und Gehirntumor beim Vater. Sein Vater sei 75 Jahre alt gewesen, als er an Gehirntumor gestorben sei. Er habe keine Geschwister. Er sei Verkäufer bei einer Autovermietung von Beruf. Er sei geschieden und lebe mit seiner Freundin zusammen. Er habe zwei erwachsene Kinder. Ein 38 Jahre langer Nikotinkonsum von 20 Zigarette/ Tag wird angegeben(38 py) . Ein gelegentlicher Alkoholkonsum wird angegeben. Drogenkonsum wird vom Patient verneint. Er habe keine Haustiere.

Fragen:

Warum hat er Durchfall? (generalisierte Arteriosklerose- ungenügende Resorption

Was therapeutisch machen Sie?

Frau Mendinkamp ist eine 62jährige Patientin ,die sich wegen Taubgefühl un Muskelschwäche vorstellte. Die pateintin berichtet ,dass die Beschwerden vor

2 Stunden in den linken Arm und Bein plötzlich beginnen haben und sich nicht im Verlauf der Zeit geändert. Zudem klagt die Patientin über Sprachstörung aber habe keine Sehstörung oder Hörenstörung. Die Patientin klagt über Übelkeit aber habe nicht erbrochen. Die Patientin erwähnt, dass sie schon vor 1 Jahr im A. carotis operiert worden sei. Fragen nach Fieber oder Schüttelfrost wurden verneint. Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Alkohol trinken und gelegentlich Diarrhö. In Vorerkrankungen ergab sich arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie. Nimmt die Patientin Ramipril, Metformin, Atorvastatin, Ibuprofen wegen Schulschmerzen, Allergien, Gebeplaster und eine Pflanze. Vater ist an Hirntumor vor 5 Jahren gestorben und bei der Mutter sei rezidivierend Phlebothrombose bekannt. Frau arbeitet als Versicherungskaufmann (berichtet, dass sie setzt für sehr lange Zeit täglich).

Eine 53-jährige Patientin wurde heute Morgen wegen Taubgefühl in linken Arm und Bein aufgenommen. Auf Nachfrage gibt er an, dass sie an linken A. carotis operiert wurde und seit langer Zeit leidet an Hypertonie und Diabetes mellitus typ 2. Sie klagt über Kopfschmerzen, Dyspnoe und Unterschenkelödem. Vater Hirntumor 2 Kinder und sie sind gesund. Aktuelle Med.; Ramipril 5 mg 1-0-0, Simvastatin .. 0-0-1 von Zucker, Ibuprofen 600 bei dem Schmerz.

Bandschiebenvorfall

Herr XX ist ein 49-jähriger Patient (79 kg, 182 cm), der sich wegen seit gestern bestehender stechender Lumbalgie bei uns vorstellte. Er berichtete, dass die Schmerzen primäre plötzliche aufgetreten seien nach er beim Gartenarbeit etwas schwerer aufgehoben habe. Er empfinde die Schmerzen mit einer Intensität von 7 bis 8 auf Schmerzskala mit in die Regio Glutealis und in den rechten Bein ausstrahlend. Beim Liegen seien die Schmerzen lindert und beim Setzen und Gehen seien die Schmerzen verstärkt. Er habe deswegen Paracetamol Tab. eingenommen aber die Schmerzen seien ein bisschen passager lindert aber nicht rückläufig. Zudem klagte er über eine Parästhesie, eine Hypästhesie in den rechten Bein mit eingeschränkten Bewegungen. Er habe eine Obstipation und eine DysSomnie wegen Arbeit Stress. Die restlichen vegetativen Anamnese ist OPB. An Vorerkrankungen seien eine Hypercholesterinämie seit 5 j. und ein Diabetes mellitus seit jugendlichem Alter bekannt. Operationen seien nicht bekannt. Am Medikamente nehme er Insulinpumpe, Cholesterinshemmung und Antihistaminikum bei Bedarf. Er habe

hassel nuss und pollen Allergien und Gummi Handschuhe unverträglichkeit. Er rauche 19 py, trinke gelegentlich Alkohol und kommensiere kein Drogen. Die Familienanamnese ergaben sich: Der Vater sei vor 5 j.wegen Milz ruptur bei einen Unfall operiert worden(Splenektomie), und er nehme jetzt Antithromboes(der Patient weiß nicht warum). Der Mütter sei wegen Femurhals Fraktur beim Unfall operiert worden. Er sei geschieden, habe 2 kinder(ein gesund und ander leide an eine Dysphasie), wohne mit seiner Lebenspartnerin und arbeitet als Bau

Engineer.

Der Patient klagt über starke Schmerzen in der rechten Bein und Lumbal bereich seit heute Morgen. Die Schmerzen würden mit auf SmerzSkala von 1 bis 10 8 entsprechen. Ich habe Schmerzmittel gegeben. Er war sehr zufrieden. Er erwähnt keine Hyperämie und Ödem. Im Keller hat er etwas schwer gehoben. Die Fragen nach Cephalgie und Thoraxschmerzen wurden verneint. Die Vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf Opstipation und Insomnie. Der Patient leide an arterieller Hypertonie, DM und Arrytmie. Anamnestisch gab der Patient an, dass Insulinpumpe bei ihm aufgestellt wurde. Vor 10 Jahren erfolgte Operation wegen linkes Knies Trauma. Die Medikamenten Anamnese ergab die Einnahme von • Insulin • Metoprolol. Er hat gesagt Loch gegen Allergie. Ich weis nicht diese Medikament. Ee sei raucher. Ein gelegentlicher Alkoholkonsum und ein einmaliger Drogenkonsum bestehen. Anamnestisch gab die Patientin an, dass ihr Vater wegen Myokardinfarkt gestorben sei. Er sei verheiratet und habe 3 Kinder. Ein Sohn leide an Wachstorung.

herr Wenckler ist ein 56 jähriger Patient der sich in unserem Krankenhaus wegen seit 2-3 Wochen bestehenden drückenden Schmerzen im Halsbereich sowie Dysphagie vorstellt. Herr Wenckler berichtet ,dass die Schmerzen langsam angefangen und im verlauf der Zeit sich verstärkt hätten. Darüber hinaus erwähnt er,dass in letzten 3 tagen schluck beschwerden (Dysphagie) nicht nur beim harten Essen sowie beim flüssigen Essen habe. Des weiteren klagt der Patient über Husten nach dem Essen wegen der Inspiration. Frage nach Fieber ,Gewichtverlust, Hyperhidrosis sowie vorherige ähnliche Beschwerden wurden von dem Patienten verneint An Vorerkrankungen seien Diabetes mellitus und Vorhofflimmern bekannt. Die Medikamente Anamnese ergibt eine regelmäßige Einnahme von -Metformin - Marcumar -Laxanzien. Die vegetative Anamnese war Unauffällig bis auf Schlafstörung wegen nächtlichen Husten und Obstipation. Herr Wenckler sei

Raucher und rauche seit 35 Jahren 15 zig pro tag, rinke gelgentlich Alkohol. Allergien Seien gegen Pollenallergie(Heuschnupfen) und Voltaren (Schmerzmittel) bekannt . In der Familienanamnese des Patienten fand sich ,Die Mutter sei an Rektumkarzinom gestorben ,Der Vater sei gesund und bei ihm Gastric Sleeve sei bekannt. Sozial Anamnese Herr Wenckler sei seit 2.5Jahren Verwitwet ,habe 2 gesunde Kinder und wohne mit ihnen zusammen.

Frau X ist eine 53 jährige Patientin, die sich wegen seit gestern estehender stechender Lumboischialgie vorstellte.Des weiteren gibt sie an, dass ihre Schmerzen nach einer schwerer Arbeit im Garten aufgetreten seien. Die Patientin erzählte, dass ihre Schmerzen vom Rücken über Oberschenkel bis zum Fuß ausstrahlen würden. Darüber hinaus klagt die Patientin über Kribbeln und Parästhesien . Laut der Patientin hat sie niemals ähnliche Beschwerden gehabt.Die Patientin erwähnte, sie habe gelegentlich Kopfschmerzen, die beim Setzen in einer ruhigen duknlen Umgebung behandelt worden sei.Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Obstipation und Schlafstörungen . An Vorerkrankungen sind Diabetes Mellitus Typ 1. Hyperlipädemie. Herzrhythmusstörung bekannt. Z.N Schulter Arthroskopie vor ein Paar Jahren,als die Patientin von einem Pferd hingefallen sei. Die Medikamenteanamnese ergab Einame von Insulin Pumpe Fettsenkender Medikament.Famillienanamnese : Mils Ruptur bei dem Vater als auch Halsschenkel Fraktur bei der Mutter beide wurden Chirurgische behandelt . Sozialanamnese : Bauingenieurin , Verheiratet, 3 Kindern .Genussmittel: Raucherin seit 30 Jahren 10 zig/tag, Alkohol gelegentlich .

Herr Kleist, 51 Jahre alt, stellte sich wegen seit 4 Wochen bestehenden Schmerzen yzwischen die Schlterblätter und am Nacken, mit ausstrahlung auf die rechte Schlulter. Der Schmerz sei plötzlich bei der Arbeit aufgetreten beim Anheben schwerer Gegenstände. Er wäre beim HA gewesen, der ihm Ibu 600mg 1-0-1 verschrieben hätte. Ohne das Medikament wären die Schmerzen unerträglich. (Skala 8/10). Der Schmerz sei Bewegungsabhängig. Außerdem habe er einen steifen Nacken. Er könne den rechten Arm am Ellbogen nicht Ausspreizen (flektieren). Fragen nach Schwindel, Taubheitsgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Nachtschweis wurden verneint. Er habe manchmal Luftnot mit den Schmerzen, aber das Liege an seiner chronischen Bronchitis. Er nähme dafür Spiriva bei Bedarf. An

Vorerkrankungen Leide er an einer Pollen-Allergie, das mit Loram während der Blütenseason behandelt wird. Dazu habe er auch hohe Blutfettwerte, wofür er ein Fettsenker nähme. Er hatte zwei wichtige OP in seiner Vorgeschichte: eine Appendektomie und eine Cholezystenektomi. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf eine leichte Obstipation, die der Patient selber regulierte. Keine Appetit- oder Schlafstörungen wurden angegeben. Er sei 172cm groß und wiege 75kg ohne Ab- oder Zunahme. Der Patient sei Raucher mit ca 30 Zigaretten am Tag, für 20 Jahre. Alkohol gelegentlich eine Flasche Bier. Die Familienanamnese ergab lediglich ein Pankereaskarzinom bei der Mutter. Der Patient isr verheiratet und lebe gemeinsam mit seiner Ehefrau und 2 Kindern. Es sei als Büroangestellter tätig.

Herr Kraemer ist ein 51 jähriger Patient ,der sich im unserer Amulanz wegen anhaltenden druckenden Schmerzen zwischen die Schulterblätter vorgestallt hat. Die Schmerzen haben seit 4 Wochen begonnen , aber seit gesteren seien nach der Hebung einer schweren sache plötzlich schlimmer geworden und in die beide oberen Extramätite (rechts Arm mehr als links Arm)ausstrahlen würden. Außerdem erzählte er dass, die Schmerzen sich im lauf der zeit verschlechtern hätten und bei der bewegung und Sitzen verstärkmt hätten und beim Liegen lindert hätten . Des weiteren gibt er an ,dass er die Schmerzen auf einer skala 9/10beschreibe . Ferner berichtet er , dass die Schmerzen von Kribeln und Parästhesie im rechten Arm mehr als im linken Arm und Nackensteifigkeit begleitet seien . Fragen nach synkope ,Schwindelgefühl, Fieber , ein Trauma wurden vereint . Fragen nach Ähnlich vorherige beschwerden wurden vereint. Die Vegetativeanamnese war unauffällig bis auf Schlafstörung wegen der Schmerzen An Vorerkrankung seien ein COPD ;Rheumatoid Arthritis bekannt. Er wurde wegen vor 15 jahren recht Daumen operiert . Abgesehen von Spriva spray bei Bedarf und Cetrazin bei Bedarf nimmt er keine regelmassige Medikamente ein . Allergien auf Staunsauber sei bekannt. Eisen tabletten Unvertäglichkeit.

Sozialanamnese Er sei verheirate aber immoment sei getrent und whone Allein und habe ein Tochter und die mit ihr Muuter wohne : Er arbeite im Reisebüro Er sei Ex Smoker und habe seit 30 jahren 25 zig/ taglich geraucht.

Ein 55 jähriger Patient stellt sich mit starken Rückenschmerzen in der notaufahme vor. Seit Gestern habe er plötzlich starke Rückenschmerzen im lindenwirbelsäule verspürt, die bis die linke Wade ausgeschtralt hätten. Er gibt an, dass die schmerzen von Taubgefühl begleitet seien. Die bewegung ist schmerzfrei. Die frage nach vegetative anamnese wird verneint. An vorerkrankungen sind arterielle hypertonie,

Diabetes mellitus typ 1 sowie hypercholisterinämie bekannt. Als Dauermedikation nehme er ramipril, insulin und ein Medikament gegen hypercholisterinämie aber kann nicht daran erinnern. Heuschnupfen sowie Allergie gegen Nickel sind bekannt. Er sei raucher (10 PY) und trinke gelegentlich Alkohol.

Ich möchte Ihnen den Patienten Herr Neuhaus vorstellen : Er ist 54 Jahr alt, von Beruf Lehrer Er ist geschieden und hat 3 Kinder Er wohnt mit seiner Freundin Er wurde von einem Hausarzt zu uns ins Klinikum überwiesen. Leitsymptom :Der Patient klagt über stechende starke plötzliche Rückenschmerzen. Herr Neuhaus berichtet, dass diese Schmerzen seit gestern aufgetreten seien. Des weiteren sagt er, dass diese Schmerzen plötzlich nach dem Hebung einer schweren Kiste aufgetreten würden. Zudem gibt der Patient an, dass die Schmerzen am meisten im Rücken lokalisiert seien und ins linke Bein ausstrahlen würden. Er erwähnt, dass die Schmerzen sich bei der Bewegung und beim Sitzen verschlechtert hätten und sie sich beim Liegen verbessert hätten. Der Patient beschreibt, dass diese Schmerzen auf einer Skala 9/10 bei Belastung und 5/10 beim Liegen seien.

Nebensymptomen/vegetative Anamnese: Ferner seien dem Patienten folgende Begleitsymptome aufgefallen: Missempfindung (parästhesien) , Kribbeln (Ameisenhaufen). Die Fragen nach Kraftverlust, Fieber, Atemnot und Schüttelfrost wurden verneint. Die Frage nach ähnliche vorherige Beschwerde wurde verneint. Er leide an Obstipation(Verstopfung). Sein Stuhl sei immer dunkel aufgrund von einer Einnahme der von einem Hausarzt verschriebenen Eisentabletten. Er gibt außerdem an , dass sein Appetit sehr gut sei und er ungefähr 6Kg an Gewicht in den letzten zweiten Jahren zugenommen habe. Vorerkrankungen/Systemanamnese: An Vorerkrankungen seien ein Bluthochdruck, Insulinpflicht-DM, Anämie und erhöhte Blutfettwerte bekannt. Voroperation: Er sei wegen eines linken Unterarmfrakturen operiert worden. Medikamente und Allergien : Die Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von Ramipril, Insulinspritze , Eisentabletten und Fettsenkender Medikamenten. Allergien gegen Nickel und Pollen seien bekannt. Genussmittel: Er sei seit dem 16.Lebensjahr Raucher, er raucht etwa 10 Zigaretten pro Tag. Er trinke ein Glas Bier abends. Er sei nicht Drogenabhängig.

Familienanamnese: In der Familienanamnese fanden sich: Der Vater sei an Prostatakarzinom vor 5 Jahren gestorben, die Mutter sei an Schlaganfall vor 3 Jahren gestorben. Seine Kinder seien gesund.

Kopfschmerzen

Frau Winkler ist eine 53 Patientin , die sich wegen seit vorgestern abend linksseitigen zunehmenden pulsierenden Kopfschmerzen vorgestellt habe. Die Patientin berichtete , dass sie im Garten gearbeitet habe , als die Schmerzen plötzlich begonnen haben .Sie klagte , dass die Schmerzen schlimmer geworden sei , trotz kurzfristiger Verbesserung nach der Einnahme von eine Paracetamol Tablette . Sie erwähnte, sich zwei mal übergeben zu haben. Ferner seien der Patientin die begleiteten Symptome aufgefallen : lichtscheu, photopsien, Nausea , Parästhesie an beiden Händen und Asomie wegen Schmerzen, Fieber, Synkope und Parese wurden verneint . Die vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf Nikotinabusu von 15 Zigaretten täglich für 30 Jahre bei Reduzierung von dem Abusus in der letzten 5 Jahren auf 5 Zigaretten täglich , und Alkoholabusus von einem Glas Wein am Wochenende. An Vorerkrankungen leide die Patientin an der Folgenden : Hypotonie , sie nehme deswegen Tropfen (den Name habe ich vergessen) Z.n pleuritis im Rahmen einer Perforation von Appendixitis. Z.n wunddehiszinz nach Appendektomie . Meteorismus im Rahmen Fruktoseunverträglichkeit . Oligomenorrhoe im Rahmen einer Amenorrhoe , deswegen sei sie in Behandlung bei Frauenärztin . Eingewachsener Nagel, der operiert wird . Rezidivierende Aphte . Die Allergie gegen Gräser und Pollen sei der Patientin bekannt. In der familiäre Anamnese fanden sich Skoliose bei der Mutter , die nicht operieren lassen , Hirntumor beim Vater, an dem er gestorben sei und Zwanggedanken bei der Tochter, die bei Psychologen deswegen gewesene sei . Sie sei in Scheidung , habe eine Tochter und arbeite als Zeitungsredakteurin .

Die Fragen : der Auslöser ,welches Analgetikum , warum MRT , was muss man durch neurologische Untersuchung ausschließen

Aufklärung : MRT !

Herr Kremer ist ein 52 jähriger pt., der sich wegen seit vorgestern plötzliche aufgetretene , dauerhafte, sehr starke, pulsierende linkseitige Kopfschmerzen vorstellte. Er berichtet, dass die Schmerzen nicht ausgestrahlt und durch körperliche Anstrengung schlimmer geworden seien.. Zudem gab er an ,dass er , befor die Schmerzen aufgetreten sind, ein Aura (Blitze, verschwommenessehen und Tränenfluss)habe.. Darüber hinaus leide er unter einer erhöhte Empfindlichkeitgegenüber Licht (Lichtscheu) und gegenüber Geräusche

(Lärmeempfindlichkeit) leide.. Außerdem klagte er über Parästhesien ohne Parese (kribbeln) in Fingerspitzen des rechten und linken Hands.. Auf Nachfrage berichtet er, dass er gegen diese Schmerzen (Paracetamol und Ibuprofen)Tabletten eingenommen habe und darunter hätten die Schmerzen sich nicht verbessert.. Die Beschwerde wurde von Übelkeit und kotzen begleitet. Er erwähnte, dass er rezidivierende Meteorismus mit regelmäßigen Stuhlgang (wegen Fructoseunverträglichkeit=Fructoseintoleranz) habe.. Er hatte schon einmal ähnliche Beschwerden. Die Frage nach Fieber, Appetitlössigkeit , Lähmungen und Gewichtsabnahme wurde verneint. An Vorerkrankungen seien Hypotonie(erniedrigter Blutdruck),Fructoseintoleanz und Psoriasis(Schuppenflechte) bekannt Vor 5 Jahren sei er im Krankenhaus wegen eines Autounfall mit Rippenverletzung (kein Fraktur)gewesen Als er 34 Jahre alt war, sei er wegen perforierten Appendix operiert worden. Er nehme Tropfen(gegen Hypotonie) und eine kortisonsalbe(gegen Psoriasis) Ihm sei Allergien gegen Nickel bekannt Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Schlafstörungen wegen der starke Schmerzen. Er rauche seit längerem eine Schachtel/Tag, aber seit 5 Jahren rauche er nur 5 Zigaretten am Tag. Er trinke 2 Gläser Alkohol jeden Tag. In der Familienanamnese fanden sich bei seiner Mutter eine Augenerkrankung,sie sei yetzt Blind , Er habe ein Kind, er leide an ADHS= Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung , Er arbeite bei einer Werbeagentur, (Stressbedingte). Er sei geschieden. Er wohne in eigener Wohnung, alleine.

Die Fragen waren nach Diagnostik, Therapie, Sehreflexeuntersuchung

Aufklärung :CCT

Herr Kruser Dieter ist ein 47 jähriger Patient, der sich wegen seit vorgestern pulsierender linksseitiger Kopfschmerzen vorstellte. Er berichtete , dass die Schmerzen plötzlich aufgetreten seien.Er berschreibe die Schmerzen auf eine Skala 8-9 (Ohne Ausstrahlung).Er gab zusätzlich an,dass er gleichzeitig mit den Schmerzen linksseitige Sehstörungen habe und das helle Licht nicht aushalten könne (Photophobie). Er sagte außerdem, dass die Kopfschmerzen von Schwindel (Vertigo) und Übelkeit (Nausea) begleitet seien. Er fügte hinzu, dass er wegen der Schmerzen Paracetamol Tabletten eingenommen habe, Aber laut des Patienten hätten die Tabletten nicht geholfen. Die Fragen nach Fieber ,Synkope oder Lähmung in den Extremitäten wurden verneint. Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf: Schlafstörungen wegen der starken Kopfschmerzen - -Er sei seit 5 Jahren Nichtraucher und davor habe er c.a 30 Jahren (30- 40 Zigaretten pro Tag) geraucht.

Er trinke jeden Tag ein Glass Wein.- An Vorerkrankungen leide er an: Hypotonie und Schuppenflechte (Psoriasis) Er habe vor(? 5 Jahren) einen Unfall mit linker Rippenserienfraktur gehabt und deswegen sei er im Krankenhaus geblieben. Zustand nach: Appendektomie vor (?14 Jahern) Medikamente und Allergien: Ihm seien Nickel Allergie und Laktoseintoleranz bekannt. Er benütze wegen Psoriasis Kortison Salbe und nehme Effortil Tropfen (wegen Hypotonie) bei Bedarf und Paracetamol Tabletten bei Bedarf. Familienanamnese: Bei seiner Mutter sei Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bekannt. { die Mutter des Patienten klage über schmerzen in den beiden Waden, wenn sie laufe: Claudicatio intermittens } Sein Vater sei an Hirntumor gestorben. Die Geschwister und die Kinder sind gesund. Sozialanamnese: Er sei verheiratet aber (getrennt) und wohne mit seiner Freundin in eigener Wohnung und die Ehefrau und seine Kinder(ein Junge und zwei Mädchen) würden in einer anderer Wohnung wohnen. Er sei Steuerberater von Beruf (Stressbelastung)

Frauxxx ist eine 32 jährige patientin die sich wegen kopfschmerzen vorstellt. Die patientin berichtet , dass die schmerzen Seit 3 Tagen bestunden, dabei seien plötzlich aufgetreten. Sie haben einen klopfenden charakter mit schmerzstarker Von 8 und haben Kline Ausstrahlung . Im verlauf seine die schmerzen schlimmer geworden. Die patientin habe ibuprofen tab.eingenommen, darunter trete Kein Besserung der schmerzen auf. Zudem klagt die patientin über ubelkeit , Erbrechen , sehstorungen (Lichtblitze) und larmempfindlichkeit. Vorerkraunkungen Sei sie vor 10 jarhen wegen phlebothrombose gewesen. In der familieanamnese, Der mutter sei an Hirntumor im alter vom xxxx gestorben.

Frau..... Klagte über Müdigkeit und Krankheitsgefühl in Kombination mit morgen Kopfschmerzen. Sie hat gesagt, dass ihrer Mann bemerkt hat. Dass sie durch dem Schlaf schnarchen und auch Phasen. In denen nimmt sie kein Luft ein. Sie gab an, dass sie unter Amnesie und Konzentrationsschwäche. EXAKT SIE HAT GESAGT. ICH SCHLAFE JEDEN TAG MINDESTENS 10 STUNDEN ABER FÜHLE ICH MICH NICH ERHOLSAM. In der vegetative Anamnese fanden sich die folgende Symptome. Nykturie, leicht Bein Odem. Chronische obstipation. Gewicht Zunahme von 4 kg in der letzten 3-4 Wochen. Sie ist 1,68 m groß und 83 kg schwer. Sie ist Übergewichtig = E.Z. Adipositas. Sie leide an DZ, arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie und sie nimmt da gegen regelmäßig Medikamente ein. Die Medikamente sind Valsartan 80 mg 1-0-0 Simivistatin 40 mg 0-0-1 Metformin 500 mg 0-1-0 Pflanzen tropfen gegen Verstopfung

Synkope

Herr ... ist ein 53 jähriger Patient. Er stellt sich heute wegen einem vor 2 Stunden Sturzereignis vor. Der Patient sei im Park gewesen und es war ihm plötzlich schwindlig und schwarz vor den Augen. Deshalb sei er ausgerutscht und auf die rechte Seite seines Körpers hingefallen. Seitdem klagt der Patient über starke Schmerzen im Handgelenk, schmerzhaftes Bluterguss am Hüftgelenk und einen rechtseitigen thorakalen Schmerz mit trockenem Husten. Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Blutungen, Erbrechen sowie Amnesie wurden verneint. Die vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf ein Nikotinabusus (25 zig. / t seit 30 Jahren) und unrelevanten Durchfall. An chronischen Erkrankungen leide er an einem DM II und einer ar. Hypertonie und er war vor 3 Jahren wegen einem Hörsturz im Krankenhaus gewesen. Als Dauermedikation nehme er B-Blocker, Ramipril und Metformin 1000 ein (Es wurde in letzter Zeit um Insulin Spritze umgestellt). Er hat eine Allergie gegen Braunpflaster und Erdbeere . An der Familienanamnese fanden sich bei der Mutter eine Varikos Op und bei dem Vater ein Nasennabenhöhlentumour "daran ist er gestorben " Er sei verwitwet, habe 2 erwachsene Kinder, lebe mit seiner Freundin zusammen und arbeite beim Packungsdienst. V.D : distale Radiusfraktur - Pneumothorax - Femurkopffraktur .

Bei dem Arzt-Arzt Gespräch ging es um die Ursachen der Synkope und den Pneumothorax .. ohne Aufklärung

Epilepsie

1)

Herr xx ist 37 jähriger Patient, der stellte sich in unserer Notaufnahme wegen seit heute morgen gezüglte beide Arme und Beine vor. Der Patient berichtet, dass er heute morgen während Frühstückend unrhig und übel sei. Desweiteren erzählte seine Frau, dass er für 2-3 Minuten lang ohnmächtig geworden ist. Außerdem seien diese Beschwerden von Lichtblitze, Schwarzepunkte sowie leichte kopfschmerzen begleitet. Darüberhinaus gibt er an, dass er nach dem Anfall wassergelassen habe. In letzter Zeit sei er sehr stressig wegen der Arbeit und deswegen habe er gehäuft zu viel Alkohol getrunken Fragen nach Fieber, Nackenstrifigkeit, kopfverletzung, Zuckerkrankheit Augen symptome, Lähmungen, Parasthesie, Aura, sowie

kraftverlust und stäfigkeit wurden verneint Die vegetative Anamnese sei U.A bis auf Einschlafstörung wegen kaffe konsumieren (mehr als eine Kanne/Tag). Herr xx sei Raucher, er raucht ca 20 zig/Tag seit dem 16 Lebensjahr, welches in den letzten 5 Jahren weniger geworden. Er Trinkt viel Alkohol und raucht (Grass) Kanenis jede Wochenende. An voerekkrankungen fanden sich folgende wichtigen krankheiten: Asthma Bronchiale mit Solbutamol inhalation behandelt wurde Rezdarm krankheit mit Imodium behandelt wurde Hüfte-Op seit 20 Jahren nach Sportverletzung Medikamente & Allergie : Er ist allergisch reagiert gegen Erdbeern keine nachweise von Allergie gegen einen bestimmten Medikament. In der Familie ,,,,,,, etc Sozial Anemnese: er ist verheiratet und arbeitet in einem kopieshop in der Universität

Die Fragen :

Was ist V.D und D.D

Was findet Mann in EEG ?

Was heist Aura ?

Neubildung an der Haut

Herr XY, 61 jährige Patient, der über ein seit 3 Wochen langsam aufgetretenes Geschwulst auf Nasenflügel klagt. Er gibt an, dass es hell gefärbt, asymptomatic, ohne Schmerzen, Blutung oder Eiter sich mit Laufen der Zeit langsam vergrößert hat. Jetzt ist es ca. 0,5 cm groß. Bei Nachfrage nach begleitenden Symptomen würden sie verneint. Vorerkrankungen: -Fahrradunfall als er 18 war, mit Tibialkopffraktur und operative Behandlung. - Ulkus Duodenalis, Helikobakter Pylori würde bestimmt und sei konservativ behandelt.- Herzrythmusstörungen (Vorhofflattern) - Zeigefinger Entzündung vor eine Woche wegen Fremdkörper, der während Garten Putzen drinnen eingelaufen. (Im Sommer ist er fast immer in seinem Garten) Vegetative Anamnese: unauffällig. Schlafstörungen weil seine Freundin schnarcht Medikamente: Magnesium Pille, ibu 400 wegen Rückenschmerzen bei Bedarf, Omeprazol Allergien gegen Pollen. Familienanamnese: Mutter wegen Mastdarmkrebs gestorben, Vater noch gesund, Tochter an MS leidet. Soziale Anamnese: arbeitet als Briefträger, verschieden, wohnt mit eine neue Freundin (die schnarcht), 4 Kinder.

Verdacht Diagnose: Basaliom. DD: Squamous Zell Karzinom, Melanom, Wundennarbe, Infektion.

Risikofaktoren: Sonnenexposition wegen der Arbeit und im Garten, Rauchen, positive Familiäre Krebsanamnese.

Therapie: Vollständige Entfernung und weitere histopathologische

Prostatakarzinom

Der Fall war Skelett-metastasierte Prostatakarzinom. evtl. neue Fragen sind:

Erkläre dem Pat., dass er ein Rezidiv hat. (was bedeutet Rezidiv auf Deutsch). Die Arten von Hämaturie. Was ist deren Bedeutung? Was sind die erwartbare Harn-bezogene Symptomatik bei Rezidiv? Warum Gewichtsabnahme für Sie sehr wichtig ist? (es weist auf Neoplasie hin) sie mochtet "Neoplasie" hören. Was ist B-Symptomatik und worauf deutet? Was für einen Tumor-Marker anordnen Sie? Sprechen Sie es ohne Abkürzung aus? In welchen Umstände erhöht sich PSA?

Pyelonephritis

Der Fall war Pyelonephritis. Die Fragen nach diagnostische Maßnahme sowie Allgemein Therapie. Die Hauptsache: muss man erwähnen, dass die ATB IV geben soll. Und sehr wichtig auf die Dosis beachten (niedrige Dosis, da die Patientin mit Va auch Niereninsuffizienz Labor mit Kreat..) meine Patientin hat auch Allergie gegen Amoxicillin..musstest du dein Kollegen Bescheid sagen (da waren zufrieden) wie viel mg und soweit wollten sie nicht wissen. Nach Abdominal Sonographie: sie haben gefragt was man durch diese Untersuchung sehen kann.(inflamatorische Zeichen wie Oedem, Nieren Vergrößerung..).

Harndrang

Ich berichte Ihnen nachfolgend über Herrn Bün, der sich bei unsere Ambulanz vorgestellt hat. Der im schlechten AZ und adipösen EZ 60-jährige Patient klagte über sehr starken dauerhaften Schmerzen im rechten Rumpf sowie Harndrang . Die Schmerzen bestehen plötzlich seit einem Stunde. Die Schmerzen seien als krampfartige Schmerzen . Er beschreib die Schmerzen als mehr als 11 auf einer Schmerzskala (auf10) und sie seien nicht ins andere Körperpartie ausgeschtrahlt. Er gibt an, dass es keine Ausloser gab. Er leide auch ünter blutlige Urien. Wichtige Vorerkrankungen des Patient seien Arthritis Urica sowie Hypertonie. Bis auf Ramiprit nehme er keine weiteren Medikamente ein.(er nehme keine Medikamente gegen Gicht). Bis auf Operation vor 15 Jahre am rechten Armgelenk sei er nicht operiert worden . Nickotien wurde verneint. Er trinke jeden Tag 1-2 Flaschen Bier aber er dagte, dass Bier nicht Alkohol ist. Er will keine Drogen nehmen. Bis auf Harndrang sowie blotliche verfärbung des Urin war die Vegatative Anamnese unauffällig. Sein Vater sei an Blutgerinnungsstörungen gelitten und verstorben. Er sei leidig und wohne alleine und habe drei erwachsene gesunde Kinder.

Fragen:

welche Befunde mit dem Ultraschall kann ich finden. Welche Medikament gagen schmerzen soll ich verschreiben.

Hodenschmerzen

Herr Schwarz , 64 jähriger Patient, der sich wegen seit 2 Stunden bestehender rechten Unterbauschmerzen (Inguinal Bereich) vorgestellt habe. Die Schmerzen seien in den rechten Hoden (Teste) ausgestrahlt dabei seien auch Schmerzen im rechten Rücken gewesen (Linde Region). Zudem seien sie plötzlich aufgetreten und kolikartig von Beschaffenheit seien.. Dabei habe der Patient Pollaksiurie (Harndrang) und rot verfärbten Urin (Makrohämaturie). Es gebe keine Aussagen über Harnstrahl oder tröpfeln nach der Miktion. Der Patient gibt an, die Schmerzen seien sehr stark gewesen und nicht mehr auszuhalten. Es gebe keine Angaben über Auslöser oder Faktoren, die die Schmerzen verstärken oder lindern würden
Allgemeine Anamnese, Der Patient fühle sich krank. habe kein Fieber oder Schüttelfrost, der Appetit habe sich angeblich nicht geändert jedoch habe der Patient ziemlich an Gewicht zugenommen. Aktuell gebe es keine Probleme beim

Defäkation oder Atmung. Vorerkrankungen : benigne Prostatehyperplasie (keine Medikamente) Asthma (Steroid Inhalation) Migräne (Sumatriptan) arterielle Hypertonie (Medikament nicht gewusst) angeblich Gicht (erhöhte Harnsäure) die mit Diät nur behandelt wurde Allergie gegen Kontrastmittel. Sozialanamnese Versicherungsvertreter, verheiratet lebe getrennt von seiner Frau, 3 Kinder Familienanamnese : Vater an Erkrankungen gestorben sei eher Kardialer Ursache. Mutter leide an arterieller Hypertonie.

Flankenschmerzen

69 jährige Patientin ,die sich in unserer Notfallaufnahme wegen plötzlich aufgetretenen rechtsseitigen Flanken schmerzen vorgestellt hat sie berichtet darüber, dass sei seit 2 Stunden heute morgen an plötzlich rechtsseitige krampfartigen Flanken-schmerzen leide Auf nachfrage berichtet sie, dass diese schmerzen in die innenoberschenkel seite und Labium ausstrahlen würden. zusätzlich ergab sie an, dass diese Beschwerden von rötlicher Verfärbung des Urin , Pollakisurie sowie Harndrang begleitet seien Außerdem berichtet sie,dass diese schmerzen im laufe der Zeit schlimmer geworden sei und ganzen zeit sich sie Unruhe und bewege .Aufgrund eingeschrankten Nierenfunktion könne sie keine Schmerzmittel nehmen ,da ihrer Hausarzt ihr empfohlen habe. ferner klagte sie über Insomnie(v a beim Einschlaffen) und Übelkeit ansonst sei sie Beschwerden frei. Die wichtigste Vorerkrankungen der Patientin sind die folgend -eine medikamentöse eingestellte Hypertonie seit 15 j -Ein Bronchialasthma -eine Migräne -erhöhte Harnsäure -sei ist wegen 3 mal Kaiserschnitt operiert worden. -sie wurde schon vor 30 j an Extrauterin gravidität konservativ behandelt -Ihr ist Allergien gegen ein Kontrastmittel bekannt. Sei nimmt die folgende Medikamente regelmäßig ein Diltiazem 90 mg 1-0-0 Allopurinol 100 mg 1-0-1 frühe war 300 mg Somatriptane wegen Migräne bei akuten Attack Sie raucht 12 Z/t und trinkt Alkohol nur am ferien sie arbeitet im Versicherung Firma ,hat 2 kinder und ist geschieden. in der Familienanamnese fanden sich bei ihrem Bruder KHE die mit Bypass behandelt,bei der Mutter eine peripher arterielle Verschlusskrankheit des linken Bein. ihr Vater ist schon an kolorektalles Karzinom gestorben ,da er im Fortgeschrittenen Stadium festgestellt und palliativ behandelt wurde.

Frau Ulrike Schwarz ist eine 64-jährige Patientin, die sich wegen seit 2 Stunden plötzlich aufgetretener Rechtunterbauchmerzen mit Ausstrahlung in das Genitale

vorstellte. Des Weiteren berichtete die Patientin über Übelkeit, Hämaturie und Pollakiurie. Die Schmerzen seien sehr stark und intermittierend. Die wichtige Vorerkrankungen der Patientin sind: - arterielle Hypertonie seit 10 Jahren, - Gicht seit 5 Jahren, - Asthma seit langer Zeit - Migräne seit mehr als 10 Jahren. Die Patientin ist schon 3 mal für Kaiserschnitt operiert worden. Sie war in letzter Zeit nicht in Ausland. Die Patientin nimmt diese Medikamente regelmäßig ein: - Dialtiasem 90 mg, 1-0-1 - Sumbicort Inhalator : 2 Hübe pro Tag, - Sumatriptan 50 mg bei Bedarf. Allergie gegen Kontrastmittel ist bei der Patientin bekannt. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf eine Schlafstörung. Kein Fieber, kein Schüttelfrost. Nach Noxen habe ich vergessen zu fragen. In der Familienanamnese fanden sich eine Depression und eine Durchblutungsstörung bei der Mutter, der Bruder leidet an KHK und ist schon operiert worden (Bypass). Der Vater und die Kinder seien so weit gesund. Die Patientin ist Versicherungsvertreterin von Beruf, ist verheiratet, aber getrennt von Ehemann. Sie hat 3 Kinder in erwachsenem Alter und lebt allein.

Fahrradunfall

Herr Seifert ist ein 27 jähriger Patient, der sich wegen Fahrradunfall heute morgen vorgestellt hat. Der Patient sei unterwegs nach Hause wenn er vom Fahrrad auf dem Kopf und rechte Seite runtergefallen sei .. Der Patient klagte über rechte Arm Schmerzen sowie rechte Schulter Rippen und Bauch Schmerzen.. Er berichtet, dass die Schmerzen mit Lauf der Zeit schlimmer geworden seien... Des weitem gab er an, dass er einmal Vomitus habe... Auf Nachfragen wurden Bewusstseinsverlust , Luftnot und thorakale Schmerzen verneint. An Vorerkrankungen leide er an Hypothyreose, er nimmt regelmäßig L-Thyroxine ein.Er leide auch unter chronischen Ohr Schmerzen (allergische ??) nimmt dagegen Cortison Tropfen. Er habe chronischen Spasmus und nehme dagegen magnesium. Zn Arthritis ? Allergien gegen Biene (Zn anaphylaktische Schock) / Pflasterallergie seien bekannt Familienanamnese: Mutter Sehstörungen Vater KHK , osteomyelitis (Zn Bypass) Er sei ledig, wohne alleine, habe keine Kinder.

Fragen:

Unterschied zwischen Hämothorax / Pneumothorax

Frau Müller, 46J Patienten, stellt sich in der Klinik-Ambulanz wegen heute Morgen eines Fahrradunfalls vor. Sie war auf dem Weg zur Arbeit. Sie sei auf die linke Seite hingefallen und seitdem klagt über starke stechende Schmerzen im li. Handgelenk und Thorakalschmerzen. Des Weiteren habe sie berichtet, dass Sie Dyspnoe (sie hat gesagt: Atemnot) habe und kriege Luft nur bei Flachliegen. Hämatom (Bluterguss) und Abrasion (Abschürfung) seien ihr aufgefallen. (Deshalb habe ich über Tetanusimpfung gefragt!). Sie habe einen Helm angezogen. Keine Kopfverletzung, Keine Hämaturie Vorerkrankungen: Hypotonie (niedriger Blutdruck), Sterilisation??, die Ambulanz gemacht worden.? und Mykose (Pilzinfektion) Medikamente und Allergien: Effortil Tr. (Tropfen gegen Hypotonie). Kontrastmittelallergie Vegetative Anamnese: Schlafstörung wegen Stress Meteorismus (Blähung hat sie gesagt) Familienanamnese: 3 Kinder, 2 Junge und eine Tochter. Die Tochter leide an Legasthenie (Rechtschreibschwäche). Vater ist gestorben, Die Mutter sei gesund aber sie hatte Hauttumor in re. Schläflein, die operativ behandelt worden. Sozialanamnese: sie arbeitet bei einer Werbeagentur, verheiratet, 3 Kinder.

Fragen: Wie wird Pneumothorax behandelt? Zuerst Sauerstoffgabe und dann Thaxdrainage. Auf welcher Station? Intensiv. Wann machen wir nächste Thorax-Röntgen? mmmm Nach 24 Stunde! Prüfer: Falsch, nach 2 Stunde, damit wir uns sicher, dass die im richtige Platz ist und es gibt keine Iatrogen Verletzung..... Was werden Sie machen um Hirnblutung auszuschließen? Pupillen überprüfen (reagiert, prompt direkt und indirekt stündlich) .wenn es auffällig ist dann machen wir CT...Prüfer: können Sie CT mit Kontrastmittel machen? ich: nein, wegen Kontrastmittelallergie, Prüfer: Doch können wir, das ist besser mit Kontrast mit Allergie- Prophylaxe.... Prüfer: wissen Sie was ist Allergie-Prophylaxe?

Herr... ist 26 jähriger Patient, der sich wegen Fahrradunfall heute morgen vorgestellt hat. Der Patient sei auf dem Weg nach Hause dann sei er vom Fahrrad mit dem Kopf und rechten Schulter und Körperhälfte gestürzt und gefallen.. Der Patient klagte über Kopf Schmerzen sowie rechte Schulter und Bauch Schmerzen.. Der Patient berichtet, dass die Schmerzen plötzlich nach der Sturzereignis begonnen hätten, und mit Laufe der Zeit schlimmer geworden seien... Außerdem gab er an, einmal Erbrechen zu haben...auf Nachfragen wurden Bewusstseinsverlust, Luftnot und thorakale Schmerzen verneint... Die vegetative Anamnese war unauffällig..

An Vorerkrankungen.. Leide er unter etwas mit Schilddrüse.. er kennt sie nicht aber nimmt dagegen Thyroxine (Hypothyreose)... Und leide auch unter chronischen

Ohrgang Schmerzen und nimmt dagegen Tropfen.. Er leide auch unter chronischen Wadenkrämpfe und nimmt

dagegen magnesium Hepatitis C ist vor einem Jahr festgestellt worden.. Aber war Unsympathisch und habe dagegen keine Behandlung gehabt Allergien gegen Pflaster. Familienanamnese:seine Mutter lebt noch und sei gesund... Sein Vater lebt auch noch und hätte an Herzinfarkt gelitten und habe ein Stent dafür gehabt Er sei ledig, wohne alleine,habe keine Kinder, rauche nicht, trinke selten

Frau XY ist 43-jährige P. , die heute Morgen in unserer Notaufnahme wegen eines Fahrradunfall vorgestellt hat. Frau xy sei auf dem Weg zur Arbeit danach sie sie vom dem Fahrrad an die re. Körperliche Seite gefallen. Seitdem klagt sie über starke re. Schmerzen in der ganzen re. oberen Extremität(besonders Handgelenk und Schulter). Auf Nachfrage gab sie an, dass sie die betroffene Extremität nicht hoch heben könne, allerdings sie gut spüren könne. Als Begleitsymptome sind der P. die folgenden aufgefallen:Schwellung, Rot/Blauverfärbung und Einschränkung der Bewegung). Sie berichtet darüber, dass sie re Brustschmerzen habe, und an Atemnot leide. Keine Blutung, keine Kopfverletzung, keine Bewusstlosigkeit und keine anderen Beschwerden. Vegetative Anamnesen war unauffällig. Alkohol , Rauchen und andere Drogen hab ich nicht gefragt. Kontrastmittel Allergie ist bei ihr bekannt. Frau xy verneint eine regelmäßige Medikamentenname .Als Vorerkrankungen leide Frau xy an Hypotonie und nimmt dagegen eine Tropfen? ein. Frau xy leide auch an ein Knochenproblem, davon hat sie Angst, dass sie ihe Arbeit verlieren kann. Sie weißt nicht, welche Erkrankung das ist. Im 2003 wurde Frau xy an le Knieprobleme operiert. Die Bruder der P. leidet an Epilepsie und ihre Mutter wurde an Gehirntumor (gutartige) operiert. Frau xy ist Bankkauffrau, wohnt mit ihrem Partner und seinem Sohn.

Frau Thiele Hannah ist eine 56 jährige Patientin , die sich wegen seit heute Morgen Fahrrad Unfall Bewusstseinsverlust vorgestellt hat sie berichtet ,dass sie vom Fahrrad auf die rechte seite gefallen . Außerdem erzählt sie ,dass sie starke Schmerzen in die re Schulter sowie untere rippenbogen habe. sie klagte über Ohrblutung sowie Bauchschmerzen nach dem Unfall. sie konne re Arm nicht bewegen. vegetative anamnese war unauffällig bis auf leichte Obstipation ,die mit Ernharung selbe behandelt ,sowie Beinenwaden krampf mit MagnesiumTabletten behandelt. sie sei Raucherin 10 Zigaretten täglich seit 20 Jahren . trinke Alkohol gelegentlich. :Die wichtigste Vorerkrankungen sind Hashimoto Thyreoiditis Hepatitis A vor 7 Jahren gehörgangsekzem sie sei vor 4 Jahren wegen

Anaphylaktische Schock nach Insektenstich (Wespe) im Krankenhaus stationer worden sie war mehrmals im Ausland . war in Bali vor 7 Jahren mit Hepatitis A angestochen. Medikamenten und Allergien: L-Thyroxin 75 mg 1-0-0 Magnesium tbl 1-0-1 Cortison Ohrentropfen sie hat Allergie gegen pflaster und Insektenstichen (Wespe). bei der Familienanamnese fanden sich ,bei dem Vater Herzinfarkt vor 2 Jahren und sei mit Bypass Opertion behandelt ,und der Mutter sei vor 20 Jahren an Ovariakarzinom gestorben. Habe 2 Geschwister und seien gesund..Sozialanamnese: sie habe 2 Geschwister und sein gesund. sie sei verheiratet und habe keine Kinder , und wohne mit ihrem Mann

Frau Prinkmann ist eine 54 jährige Pat. Die sich wegen seit heute morgen zunehmenden thorakalen schmerzen und Dyspnö sowie rechten Arm schmerzen und livide gefärbte stelle und Schwellung vorgestellt hat. Die Patientin berichtete, dass sie auf der Weg zur Arbeit war, als sie vom Fahrrad an die rechte Seite gefallen sei. Seitdem habe Sie diese Beschwerden. des weiteren gab die Pat. an, dass diese Schmerzen sehr stark sein (auf Skala 😊). Gegen die Schmerzen habe die keine Medikamente eingenommen und sei zu uns sofort gekommen. Die Patientin sagte, dass sie das Bewusstsein nicht verloren habe. Sie könne ihren Arm nicht bewegen und habe Taubheitsgefühl. Als Vorerkrankungen sind ihr Hypotonie und Schulterschmerzen seit 2 Jahren bekannt. Die V.A war unauffällig bis auf Appetitlosigkeit wegen den Schmerzen. Die Patientin ist Raucherin und raucht 5 Z pro T seit 20 Jahren jedoch trinke keinen Alkohol. Die Patientin war einmal im Krankenhaus wegen Knieproblem und wurde mit TEP behandelt. Die Patientin nimmt regelmäßig die folgenden Medikamente ein:

-Ibu 400 .Tropfen wegen Hypotonie. Die sei gegen KM allergisch. In der FA fand sich Hirntumor bei Mutter und Epilepsie beim Bruder Die Patientin sei Bankangestellterin und habe Stress in der Arbeit.geschieden habe eine Tochter. Die Pat. ist 178 cm groß , 74 kg schwer

Sturzereignis

Herr Hofmaister ist ein 51-jähriger Patient, der sich wegen seit 1 Stunden starken schmerzen im re. Arm und re. Hüfte vorstellte außerdem sagt er, dass er auf die Treppen hingefahren sei. Er berichtet , dass er vor dem Unfall schwarz vor den Augen sei gewiesen, er klagte auch über Bewegungseinschränkung im re.

Ellenbogen und re. Handgelenk sowie re. Hüfte. Er gibt an, dass er nur gefrühstückt habe obwohl er Insulin gespritzt sei. Die Fragen nach Taubheitsgefühl und Brustschmerzen sowie Dyspnö und Bauchschmerzen und Bewusstlosigkeit und Verletzungen wurden verneint. Die V.A. war unauffällig bis auf Diarrhö seit 6 Monaten, welcher mit Imodium behandelt wurde. An Vorerkrankungen ergab das folgende DM Typ2 seit 6 - arterielle Hypertonie seit 4 Jahren Hörprobleme, die von Tinnitus ohne Vertigo begleitet sind. Er war vor 4 Jahren wegen meniskusschäden im re. Knie im Krankenhaus. Er nimmt gegen o.g. Erkrankungen Metformin 500mg 1-0-1 Insulin 14IE 0-0-1 B-Blocker (benazepril 10mg) 1-0-0 er sagte B-Blocker aber das ist ACE Hemmer (achtung) sowie Kortison Ohrentropfen und Imodium bei Bedarf Allergie gegen Voltaren und braunes Pflaster sind bekannt. Herr Hofmaister raucht seit 30 Jahren 25 Zigaretten am Tag und trinkt Alkohol gelegentlich. Er ist Angestellter im DHL und verwitwet aber er wohnt mit seiner Partnerin und hat 2 gesunde Kinder.

Herr Reiner Krause (53 J.) stellte sich wegen seit Heute Morgen aufgetretener Schmerzen in rechten Oberarm und Hüfte vor. Des Weiteren berichtete der Patient, dass die Schmerzen aufgetreten seien, nachdem er die Treppe heruntergefallen sei, als er in seinem Garten gearbeitet habe. Ferner gab der Patient an, dass es ihm Schwarz vor den Augen gewesen sei (als er auf die Treppe war), und das nächste Ding, das er erinnere, ist wie er auf dem Boden lag. Dieses Morgen habe Herr Krause gewohntermaßen 14 IE Insulin gespritzt, aber habe danach nur ein Stück Brot mit Marmelade gegessen statt zwei, da er keinen Hunger hätte. Darüber hinaus sei bei dem Patienten folgende Begleitsymptome aufgefallen: Durchfall, wenn er Stress habe. Im Lauf des Jahres habe Herr Krause infolge Ernährungsumstellung wegen DM Typ 2 10 Kilogramm abgenommen. An Vorerkrankungen leide der Patient an Diabetes Mellitus Typ 2 (seit 8 Jahren). Vor 3 Jahren hätte der Patient eine Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis). Vor 30 Jahren habe er das Knie verletzt, dann wurde eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) durchgeführt. Als Kind wurde der Patient auf den Kopf gestürzt und seitdem habe er Ohrgeräusche (Tinnitus). In Bezug auf die Medikamente nehme der Patient einen ACE Hemmer (habe den Name vergessen), Insulin 14 IE seit 2 Wochen (vorher habe er Metformin eingenommen, aber es hat aufgehört zu arbeiten) und Nasentropfen. Herr Krause hat eine Pflaserallergie. In der Familie fanden sich folgende Erkrankungen: Nebenhöhlentumor bei Vater (er ist wegen der Tumor gestorben) und Krampfadern (Varicose) und offenes Bein (Ulcus Cruris) bei Mutter. Die Sozialanamnese ergab, dass der Patient als ein Paketauslieferer bei DHL arbeitet. Ihre Frau ist (vor 5 Jahren?) an Brustkrebs gestorben. Jetzt habe er eine neue Partnerin, die um sich

kümmern könnte. Der Patient hat zwei erwachsene Kinder. Er hat keine Geschwister.

Fragen:

Differenzialdiagnosen?

Untersuchungen?

Wann ist der Vater gestorben? Seit wann

nimmt er Insulin? Was hat er vorher eingenommen?

Motorradunfall

Herr *** ist ein 46 jähriger Patient , der zu uns wegen seit Heute Morgen Motorroller Sturzereignis auf der rechten Seite seines Körpers beim Rettungswagen eingeliefert wurde . Er hat gesagt, dass er gerade nach dem Sturz unter rechtsseitigen Brustschmerzen und geschwollenem Blau gefärbtem schmerzhaftem linken Handgelenk Klage. Er berichtet auch dass die Brustschmerzen auf einer Skala 8 von 10 stark seien , darüber hinaus sagte er , dass sich die Brustschmerzen mit der Atmung verschlimmern hätten. Fragen nach dem Bewusstsein verloren, Nausea , vomitus , Nasen und Mundblutungen wurden verneint. Vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf Durchschlagstörung. Er ist 1,76 groß und 76 kg schwer. •Als Vorerkrankungen leide er an :- 1- Hypotonie 2- Ekzem in dem rechten Ohrläppchen , dafür er zum HNO überwiesen wurde. •Medikamente :- nehme er die folgenden Medikamente ein :- 1- Karnigen Tropfen bei Bedarf. 2- cortisol Tropfen bei 1 mal 3- Diclofenac tab bei Bedarf. * Als er 39 Jahre alt war, wurde er wegen Sehne Acheliriss operiert. * Als er 25 Jahre alte wurde bei ihm Abszessdrainage für rechtsseitigen Achselabszess durchgeführt. _ Er sei Allergisch gegen Kontrastmittel. * Er rauche 2-3 Zigaretten / Tag seit 20 Jahre. * Er trinke 4-5 Gläschen Proziko pro Tag seit 15 Jahre. --- In der Familienanamnese ergab sich: •Sein Vater ist gestorben (woran , wusste er nicht). * seine Mutter hatte Hauttumor im Gesicht , der operative behandelt wurde. (welcher Hauttumor , wusste er nicht) ** Sozialanamnese : Er sei verheiratet , habe drei gesunde Kinder arbeite in einer Werbeagentur und lebe mit seiner Familie.

Arzt Arzt Diskussion;-

F1-Was glauben Sie die V Diagnose für die Brustschmerzen ?

F2- Was ist die V Diagnose in Bezug auf dem rechten Handgelenk?

F3- Während des Aufnahmegesprächs haben Sie andere wichtige

Fragen gestellt!!! darauf Sie eine sehr wichtige Antworten vom

Patienten bekommen haben!!!! Was waren denn ?

F4- welcher Hauttumor hat seine Mutter?

Aufklärung:-Operative Behandlung der Radiusfrakturmit Blatt und Schraube.

Am Ende der Aufklärung hat die Prüfer mich gefragt:- was ist Besser operative oder konservative Behandlung?

Frau X stellte sich heute im Krankenhaus, nachdem sie gestuerzt sei, vor. Die Patientin berichtet, dass sie auf dem Weg zur Arbeit von dem Motorroller gefallen sei. Seitdem habe sie starke Schmerzen im rechten Handgelenk. Auf Nachfrage gibt sie an, die Mobilität sei eingeschränkt. Sensibilitätstörungen seien nicht aufgetreten. Ausserdem klagt die Patientin ueber zunehmende Dyspnoe. Die Patientin sei nicht bewusstlos gewesen. Sie kann sich an den ganzen Unfall erinnern. Andere Verletzungen sowie Übelkeit und Erbrechen werden verneint. Die Patientin leidet an einer Hypotonie. Ausserdem habe sie seit 2 Jahre Schmerzen in der Schulter. Die Patientin habe einen Nagelpilz. Sie nimmt regelmässig Tropfen aufgrund des Kreislaufs. Bei Bedarf nimmt sie Analgetika ein. Sie benutzt eine Salbe gegen den Nagelpilz. Eine Allergie gegen Kontrastmittel ist bekannt. Ausserdem habe sie eine Pollenallergie. Die Patientin berichtet über zunehmendes Schwitzen aufgrund des Klimakteriums. Sie leidet manchmal an Flatulenzen. Fieber, Gewichtveränderungen und Probleme beim Wasserlassen werden verneint. Die übrige vegetative Anamnese ist unauffällig. Sie raucht seit 25 Jahren 2 bis 5 Zigarreten am Tag (ca. 5 pack years). Sie trinkt ein Glass Wein alle zwei Abende. In der Familienanamnese leiden die Eltern an arterieller Hypertonie und Diabetes. Die Mutter hat eine Hautveränderung

am Kopf operieren lassen. Die Tochter hat eine Legasthenie. Die Patientin ist verheiratet und hat 3 Kinder. Sie arbeitet in einer Reisenagentur.

Gastroenteritis

Herr Thomas schulz ist 31 jähriger, der sich heute morgen in unserer Praxis wegen heftiger bestehender schleimiger Emesis sowie wässriger Durchfall vorgestellt hat. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Beschwerden seit 3 Tagen bestehen würden, Herr Scholz berichtete, dass die Beschwerden langsam begonnen hatten und im Verlauf der Zeit schlimmer geworden seien. Er sei wegen Durchfall 14 mal auf die Toilette gewesen. Auf Nachfrage erwähnte Herr Tom scholz, dass begleitend Übelkeit und krampfartiger oberbauchschmerzen aufgetreten seien. Zusätzlich klagte der Patient über Fieber ohne Schüttelfrost. Das Fieber sei bei 39 C gemessen. Er habe wegen der aktuellen Beschwerde 2 Tabletten Ibuprofen eingenommen, die ihm nicht geholfen haben. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Appetitlosigkeit ohne Gewichtsverlust. An Vorerkrankungen sind bekannt allergische Asthma (seit Ca.15 Jahren) und Dermatitis. Er nehme wegen Asthma Salpotamol Spray bei Bedarf. Und mit 15 Jahren hatte er spürgelenke Fraktur, die mit konservative Behandlung versorgt wurde. Der Patient hat eine Allergie gegen Pollen, Hausstaub, pflanzen. Herr Schulz raucht 2 bis 3 Zigaretten pro Woche, und er trinke gelegentlich Alkohol. Familienanamnestisch leidet seine Mutter an Depression und habe Herzinfarkt am 2002. Der Vater sei Gesund. Herr Scholz ist Student, ledig, und lebe mit seiner Freundin in einer Mietwohnung.

Appendizitis

Frau Schreibe klagte über seit gestern aufgetretene kolikartige schmerzen im Unterbauch, die seit heute morgen im rechten Unterbauch gewandert seien . (Auf Schmerzskala von 1-bis10 , 5 entsprechen) Die Patientin gibt außerdem an dass sich die Schmerzen bei der Bewegung verstärkt hatten. Die Fragen nach Emesis , Nausea waren verneint. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Fiber und Flatulenz. Die wichtige Vorerkrankungen der Patientin: Hypothyreose , Lipoma im Schulterbereich. Gynäkolog...: Regelblutungsstörungen . Medikamente und Allergien: L thyroxin und pflanzliches Schlafmittel. Nikelarllergie und

Sonnenallergie sind bekannt. Die Patientin raucht nicht mehr. Sie hatte 20 Jahre geraucht. (1pakung pro Tag). Alkohol ab und zu . Familienanamnese : bei der Schwester uterusmyome. Sozialanamnese: gettend , wohnt mit ihrer Tochter (Herzfehler bei der Tochter) .

Frau Weiß, klagte über Bauchschmerzen seit gestern. Die Schmerzen seien zuerst im Nabelbereich aufgetreten und seit heute im Unterbauch nach rechts gewandert. Die Schmerzen seien als stechend und von der Hyperhydrose sowie Fieber begleiten. Die Patientin gab an, unter chronischen Blähungen zu leiden. Deswegen nimmt sie Levox ein. Als wichtige Vorekrankungen sind mit L-Thyroxin (100 mkg) behandelte Hypothyreose und mit Eisenkapseln behandelte Anämie bekannt. Die Patientin ist wegen Extrauterin gravidität sowie linker Ovarium- Entfernung vor 14 Jahren operiert worden. Außerdem habe sie ein Sturzerreignis mit der Achillessehnenruptur erlitten. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Einschlafstörungen, die mit Baldrian behandelt wird.

Fragen:

- 1 Was bedeutet Schock -Index?
2. Ein Zettel mit den folgenden Parameter wurde ausgehändigt, dann paar Fragen wurden gestellt.

:RR100/70, HF 100 Leukozyte 18.000, CRP 27. 2. Wie schätzen Sie aktuellen Zustand ein?

3.Wo können wir ein i.v. Zugang legen

4. Was muss noch vor der OP eingesetzt werden

5. Unterschied zwischen Krampfadern und undulenter Schmerzen

Frau Melani Schreiber ist 47-jährige Patientin, 1,69 groß und 58 kg, kam zu uns mit seit gestern Morgen bestehender dauernder Abdominalschmerzen. Die Schmerzen seien zuerst periumbilical aufgetreten und sich seit heute Morgen in den rechten Unterbauch verlagert. Eine Schmerzintensität am Anfang mit 1 aber heute mit 7 auf Schmerzskala wurde angegeben. Ferner sagte sie, dass die Schmerzen im Laufe der

Zeit schlimmer geworden seien aber im Ruhe sich verbessert. Die Fragen nach Nausea, Vomitus und Ausstrahlung wurden verneint. Vegetativ ergab sich lediglich Hyperhidrosis und Fiebers, die nicht gemessen habe. An Vorerkrankungen der Patientin fanden sich die Folgenden, medikamentöse eingestellte Hyperthyreose, die mit 100 Mikrogramm L- Thyroxin behandelt wird. Weiter hin vor 13 Jahren Skiunfall gehabt habe, der nur Röntgen Aufnahme und für 24 Stunden im Krankenhaus beobachtet wurde. Z.n Lipom im Nackenbereich, das vor 3 Monaten chirurgische entfernt wurde. Im 2013 leide sie an Variköse in beide Beine, die mit Laseroperation behandelt wurde. Sie leide unter chronische Flatulenz, die mit Pflanzen Tee behandelt wird, und Schließlich leide sie unter chronische Müdigkeit, wogegen nehme sie Eisen Tabletten, die von Drogerie gekauft habe ohne Ärztliche besuch. Sowie Insomnie, die mit Pflanzen Tee auch behandelt wird. Sie reagier allergisch gegen Nickel sowie Sonnenallergien. Bei der Familienanmnese fanden sich beim Vater arterielle Hypertonie, die Mutter sei gesund und die Schwester an Uterin Myom leide, das vor 3 Monaten operiert wurde In der Sozialanamnese sie sei Verkäuferin in Spielzeuggeschäft, verheiratet aber getrennt und habe eine Tochter, die durch Sektio Cäsare bekommen.

Dysphagie

Herr Krüger ein 56- jähriger Patient, der sich bei uns wegen seit 2-3 Wochen mit Heiserkeit, Dysphagie, Husten und Fremdkörpergefühl im Larynx vorgestellt hat. Dysphagie früher war nur bei der festen Nahrung und jetzt auch bei dem Flüssigkeiten. Auf Nachfragen, ob er Fieber, Gewichtverlust, Aufstoßen, wurden verneint. Die Beschwerden hätten langsam begonnen und hätten sich mit der Zeit verschlechterten. Es ist wichtig zu erwähnen, dass er einige Tage Melene bemerkt habe. Hematemesis Gastralgie und ein produktiven Husten wurde verneint. Die Vegetativeanamnese war unauffällig bis auf, selten Obstipation und Insomnie wegen nächtliches Husten. Der Patient habe ein Nikotikonsum 10-15 zig set 35 Jahren und trinke angeblich ein Fleisch Bier am Abend. Chronische und Vorerkrankungen seien bei dem Patienten: DM Typ 2 seit 15 Jahren, Herzrhythmusstörung(möglicherweise Vorhofflimmer) seit 3 viertel jahre(9 monaten), fingerwurzen? Bursitis, und Z.n Unfall mit

Kostefrakturen(wurde nicht bestätigt) In Bezug auf Medikation nehme der Patient folgende Medikamente ein: Janumet 1000/50 mg 1-0-1, salbe, Marcumar nach INR, und etwas für Schlaffen b.B. Er sei allergisch gegen Voltaren und wie allergische Reaktion tritt mit Ekzem und Epigasterschmerzen. Seine Mutter sei mit 78 Jahren an Magenkarzinom gestorben. Vater sei gesund. Er sei Einzelkind. Er sei verwitwet, Pförtner beruflich, habe ein erwachsener Sohn und Hund zu Hause.

Ein 56-jähriger Patient wurde wegen seit 4 Wochen bestehenden Schluckstörungen auf die Station eingeliefert. Er klagte über ein Globusgefühl im Rachen bzw. Hals, brennende Thoraxschmerzen, die auf eine Skala von 1 bis 10 "3" entspreche, postprandiale Nausea und Hustenanfall, die nach selbst ausgelöstem Erbrechen verbessert habe. Des Weiteren berichtet der Patient über Müdigkeit und Leistungsknick. Außer einer seit 10 Jahren bekannten Diabetes mellitus und eine seit 5 Jahren Herzrhythmusstörung sei er nie krank. Er nehme folgende Medikamente ein: Metformin 1000 1-0-0, Marcumar (die Dosierung werde beim Hausarzt jede Woche angepasst). Er habe Allergie gegen unbekanntem Schmerzmittel ("aus Werbung blaue Pakung") und bekomme Hautausschlag. Allergische Rhinitis. Er sei seit 40 Jahren Raucher (40 py). Er habe ein regelmäßiger Alkoholkonsum (2 Flasche Beer/Tag). Er sei seit 2,5 Jahren verwitwet, wohne allein. Habe zwei gesund Kinder. In der Familienanamnese fanden sich KolonCa bei Mutter und Adipositas per Magna bei Vater. Deswegen wurde bei seinem Vater Magenteilresektion durchgeführt. Er arbeitete als Pförtner in Uniklinik.

Fragen waren über weitere diagnostische Strategie.

Aufklärungsgespräch über Gastroskopie.

Fragen nach Marcumartherapie und Blutungsrisiko bei der Probeentnahme und Marcumarantagonisten gefragt (Vitamin-K-Präparat ist Konaktion).

Herr xxx ist ein xxx Jähriger Patient,der sich wegen seit drei Wochen Dysphagie vorgestellt hat. Der Patient berichtet,dass die Dysphagie langsam aufgetreten seien und im lauf der Zeit verschlechtert hätten. Des weiteren gibt er an ,dass der Stuhlgang schwarz entfärbt sei. Zusätzlich berichtet er ,das er ungefähr 4kg an Gewicht verloren habe Außerdem klagt er über Belastungsdyspnö, Husten und Obstipation.

Die Vegetativeanamnese war unauffällig bis auf Schlafstörung und Appetitlosigkeit. An Vorerkrankung seien Vorhofflimmen und Anämie bekannt. Z.n Appendektomie

als er Junge war. Z.n Schrittmacher implantation vor 4 Jahren. Allergien gegen Penicillin und Nickel seien bekannt. Abgesehen von Marcumar, Metformin und Eisentabletten nehme er keine regelmäßig Medikamente ein. In der Familienanamnese fanden sich Magenkarzinom bei der Mutter und Parkinson beim Vater

Eine 57 jährige Patientin hat sich zur unsere zentral Notaufnahme mit seit 4 Wochen zunehmender Schluck Beschwerden vorgestellt. Zuerst war es nur für die fest Nahrung dann auch (besonders heute morgen) für Flüssigkeit. Die Patientin erzählt auch von gewichtsabnahme ungefähr 5 in dieser Zeit. Sie berichtet auch über nachtschweiss. So wie ein neues aufgetreten Husten, die besonders in der nachts auftreten würden Hat kein Fieber, keine Bauchschmerzen Keine andere Symptome des weiteren erzählt sie, dass sie Eisen Tabletten einnehme (bei ihrem hausarzt) , die wegen anaemie eingestellt. Sie nehme auch metformin 500 1.0.1 wegen seit 15 Jahre festgestellte Diabetes. Sie hat auch vorhofflimmern, die seit 4 Jahren festgestellt. Seitdem nehme sie Marcumar ein. Hat eine Angiodysplasie in Dickdarm. Die damals geblutet hat. Hat eine Hystrektomie. Appendektomie. Tonsillektomie. Ulna Fraktur als sie Kind war. Mutter hat Magen Krebs. Vater hat Parkinson. Nikotinabusus ein Schachtel am Tag mehr als 30 Jahre. Arbeitet als Verkäuferin.

Herr Paulsen ist ein 57-jähriger Patient, der sich wegen seit 3 – 4 Wochen Dysphagie vorstellt hat. Der Patient berichtet, dass die Beschwerden langsam begonnen haben, aber sich im Laufe der Zeit verschlechtert haben. Darüber hinaus klagt der Patient über Appetitlosigkeit ohne Gewichtsab- oder Zunahme. Herr Paulsen erzählt, dass er vor 1 Woche beim HA war, und wegen Blutarmut habe er ihm Tabletten gegeben. Dann habe der Patient leichte Obstipation und werde sein Stuhl dunkel entfarbt. An Vorerkrankungen seien Herzrhythmusstörung und DB bekannt. Er habe Appendektomie, als er Jung ware, und habe vor 4 Jahren einen Schrittmacher bekommen. Allergie gegen Penicillin ist bekannt. Die Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von metformin und Marcumar. Er nehme Abführmittel ab und zu. In der Familie fanden sich Gastrokazinom bei der Mutter und Parkinson, KHK, arterielle Hypertonie beim Vater und DB bei der Oma. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf einen vorherigen Nikotinabusus bis auf 10 Zigaretten pro Tag. Er trinke 2 Glas Wein pro Woche. Er habe kein Fieber oder Schweiß. Herr Paulsen sei verwitwet, habe 2 Kinder und wohne mit seiner Tochter. Er sei Kaufmann von Beruf.

Kolikenbauchschmerzen + Diarrhoe

Herr Hartmann ist ein 57 jähriger Patient, der sich wegen seit zwei Wochen koliken Bauchschmerzen und wässrige Diarrhö vorstellte. *- Der Patient berichtet ,dass er 5 mal täglich nach Toilette gehen mussten. Ferner seien dem Patienten folgende Begleitsymptomen aufgefallen: Blähungen und Erbrechen Die Fragen nach Fieber , lungene Symptome , Blut im Stuhl , Veränderungen von Farbe die Stuhl wurden verneint . Zudem erwähnt der Patient , dass er Imodium und Mcp von einer Apotheke gekauft habe und damit sagte er, dass die schmerzen besser geworden seien aber die Diarrhö keine Veränderungen hätte. *- Er leidet an Appetitlosigkeit ,Ein und durchschlafstörung. Er hat in letzter zeit 1,5 kg abgenommen. Allergie gegen kontrastmittel und Erdnüsse ist bekannt Er raucht ein Schachtel täglich *- In der Familienanamnese fanden sich Pankeriatitis bei der Mutter und cholezystitis bei der Vater *- An vorerkrankungen Seien: 1.Hypertonie, darüber nimmt er b. blocker 2. Migräne , darüber nimmt er metraxa?? bei bedarf 3.Meningitis als er kind war

Kolonkarzinom

Herr xxx ist ein 58 jähriger pat. Der sich wegen seit 5 Wochen zunehmende bestehende kramfartige Abdominal Schmerzen. Er sagte, dass die Schmerzen ab und zu seien. Er klage über Obstipation und Diarrhö. Der patient habe einmal Blut im Stuhl bemerkt. Der weiteren sagte er, dass sein Gewicht von ca 2 Kg innerhalb 5 wochen abgenommen habe. Die Schmerzen seien auf einer Skala 3 von 10 stark. Die Fragen über Fieber, Lymphknoten Vergrößerung, Nausia, Vomitus, Nachtschweiß würden verneint. An Vorerkrankungen leider er an: a.Hypertonie, Sodbrennen, Hämorrhoiden Der Pat. nehme regelmäßig die folgende Medikamente ein: Xxx, xxx, xxx Keine Operationen. Familianamnase: Der Vater..... Die Mütter..... Sozial Anamnese Er sei verheiratet ,aber er wohne alleine Er habe ein Sohn z.n Hoden Krebs vor 10 Jahren.

Frau Mayer (mit A Vorsicht) ist eine 58-jährige Patientin, die sich wegen seit Monaten bestehenden und seit 4 Wochen progredienten Wechsels zwischen Obstipation und Diarrhö vorstellte. Des Weiteren gab die Pat. an, daß ihr Stuhl heller, weicher und breiiger geworden sei. Auf Nachfrage berichtete sie, daß sie an

diffusen dumpfen kolikartigen Unterbauchschmerz leide. Die Fragen nach Hämatochezie, Fieber, Ausstrahlung der Schmerzen, Gewichtabnahme wurden verneint. An Vorerkrankungen leide sie an seit 8 Mo diagnostizierte Hypertonie. Vor 2.5 Jahren zog sie sich eine Ösophagoduodenogastralenskopie unter. Dabei wurde angeblich kein Ulkus festgestellt. Vor mehreren Jahren sei sie in einem Fahrrhadunfall verwickelt und trotz der an der re. Schulter Schmerzen wurde bei ihr keine Fraktur oder Luxation nachgewiesen. Bds. Coxarthrose ist bei der Pat bekannt. Die Medikamentenanamnese ergab die Einnahme von Ibuprofen (gelegentlich), Valsarten und Omiprazol. Bei ihr sei Fruktoseunverträglichkeit und Novalginallergie bekannt Die Vegetativenanamnese war außer den o.g. aktuellen Beschwerden unauffällig. Die Par. trinke 1-2 Gläser Bier jeden Abend und sie sei seit 40 Jahren raucherin fast 20 Zig pro Tag aber vor 8 Mo rauche sie nur 8 täglich. Unsere Pat. ist seit einem Jahr geschieden und seit 9 Mo arbeitslos und habe einen Sohn, der vor 10 Jahren an Hodenkrebs leide. Bei der Mutter besteht ein Z.n. Amputation aufgrund DM. Der Vater habe Polyposis und musste bei Ihm Koloskopie durchgeführt werden.

Ulkus Ventriculi

Herr Klau ist ein 50 jähriger Patient ,der sich wegen epigastrischer und linker oberbauchschmerzen vorgestellt hat der Patient klagt über seit zweiten Tagen Sodbrennen ,Hämatemesis und manchmal Fieber . Des weitem gibt der Pat an ,dass die schmerzen seit einiger Wochen in wechselender Intensität und unregelmässigen Abständen mit Übelkeit als Begleitsymptome auftreten würden . der Pat erwähnte ,zwei Tage zuvor Teerstuhl (Meläna) gehabt zu haben . der Pat erzählt, dass die schmerzen sich in letzter zeit verstärkt hätten und beim scharfen Essen schlechter geworden seien. die schmerzen hätten einen klikartigen bis dumphen Charakter. die schmerzen hätten keine Ausstrahlung . vegetative Anamnese , Appetit hat sich nich verändert ,sogar ist gut. schlafstörung manchmal wegen mobbing bei der Arbeit . Husten hatte er gelegentlich wegen Rauchen . wasserlassen ,schöttelfrost, nachtschweiz sind unauffällig. Sozial er arbeitet als Bauunternehmer ,heiratet,hatte zwei kinder ,wohnt mit seiner Familie. Familienanamnese fanden sich „bruder Herzinfrakt,Mutter schlaganfall Vorerkrankungen , Hypertriglyzeridämie Hypertonie skifahren,vor 5 Jahre= Meniskusschädigung Medikamente simvastain 40 mg 1 0 1 B,blocker 1 0 1 irgendmedekament außer ,NSAR gegen Rückenschmerzen op.

Ikterus

59-jährige Pat., hatte Ikterus (Haut und Schleimhaut), Pruritus, Inappetenz, Müdigkeit, epigastrische Schmerzen (ziehend, Vollgefühl) Die Pat. hat Kreuzschmerzen (ich glaube paravertebrale lumbale Schmerzen) Vorerkrankungen: - Mamma-CA, OP + Radiotherapie – Migräne - Kreuzschmerzen (ich glaube paravertebrale lumbale Schmerzen) Familienanamnese: Vater gesund; Mutter an Ovarial-CA gestorben Geschieden, hat 2 erwachsene Kinder (gesund) Medikamente: - Tamoxifen; - Ibuprofen; - Pantozol; - "Medikament gegen Migräne" Vor 6 Wochen hatte Urlaub in Thailand. Sie hat keine Impfungen.

Fragen:

1. Welche Untersuchungen, welche Enzyme müssen kontrolliert werden?
2. Was verursacht Ikterus (prä-, post-, hepatische Ikterus)
3. Nach Abdomen Sono: Cholelithiasis - welche Untersuchungen müssen durchgeführt werden? (ERCP)
4. Aufklären ERCP und Cholecystektomie

Frau Schuster, 56 Jährige Patientin, hat sich wegen seit 2 Tage Ikterus , Müdigkeit sowie zunehmenden gastrischen Schmerzen vorgestellt. Auf Nachfrage berichtet die Patientin dass sie auch an Übelkeit und Appetitlosigkeit leide. fragen nach Fieber, Schüttelfrost und Gewichtsabnahme würden verneint. Vegetative Anamnese :Die Patientin klagt Über hellen Stuhl und dunklen Urin. Die Patientin hat Mammakarzinom, das mit Entfernung eines Teils der linken Brust und Chemotherapie Behandelt wird. Sie klagt auch Über Kreuzbeinschmerzen. Die Patientin hat Allergie gegen Tierhaare. Medikamentenanamnese: Pantoprazol 20 mg Ibuprofin 600 bei bedarf und 2 andere Medikamente. Die Patientin ist Beruflich ::: , verheiratet und wohnt mit ihrem Mann zusammen. Die Patientin raucht nicht .Sie trinkt Täglich 2 Gläser Wein. Familienanamnese Die Mutter ist wegen Ovarialkarzinom verstorben. Bei dem Vater ist Parkinson bekannt.

Hämatemesis

Frau Kleinschmidt ist eine 52-jährige Patientin, die sich wegen seit Gastern oberebauchschmerzen sowie Hämatemesis vorstellte. Sie berichtete, dass die Beschwerden seit 3 Wochen bestehen würden, aber seit Gastern schlimmer geworden sind. Sie klagte über zunehmende krampfartige stärkere Schmerzen mit Ausstrahlung. Zudem klagte sie über Übelkeit, Sodbrennen und Meläna. Des Weiteren gibt die Patientin an, dass die Beschwerden nach dem Essen aufgetreten sind. Eine ambulante Therapie habe keine Besserung gebracht. Die vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Schlafstörungen wegen der Schmerzen und Nikotinabusus von ca. 36 PJ. An Vorerkrankungen sind A Hypertonie und Hypercholesterinämie bekannt. Außer Simvastatin und B-Blocker 1-0-0 Diclofenac Tab bei Bedarf nimmt die Patientin keine Medikamente ein. In der Familienanamnese fanden sich Nierenkrebs bei dem Bruder und Schlaganfall bei der Mutter. Frau Kleinschmidt arbeitet als Speditionskäuferin, sie hat viel Stress auf der Arbeit, sie ist verheiratet und hat 2 Kinder in Erwachsenenalter.

Borreliose

Herr Rauter, 54 Jahre alt. Der Patient klagt über eine schmerzlose, ringförmige Hautrötung (Erythem) in den li. Oberschenkel seit 12 Tagen. Er sei vor 2 Wochen vom Urlaub am Bodensee zurückgekommen, seitdem habe er diese Hautrötung bemerkt. Zudem gibt er an, dass die Läsion von hinten nach vorne gewandert ist. Er sagte, das Erythem ist mit zentraler Aufhellung (blass) und im Laufe der Zeit ausdehnt. Er gibt auch an, dass er seit 3 Tagen unter Abgeschlagenheit, Arthralgie und erhöhter Körpertemperatur leidet. Die Fragen nach Kopfschmerzen, Lymphadenopathie (LK-Schwellungen) und Schwindel wurden verneint. Die vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf: Fieber 37,9 °C, Einschlafstörung wegen Stress (seit mehreren Monaten), Heiserkeit seit ca. 10 Jahren (wegen Streit in Arbeit), er ist ein Chef in seiner Arbeit. An Vorerkrankungen sind die folgenden bekannt: - Fahrradunfall mit (Juckbeinfraktur??) vor 2 Jahren konservativ behandelt. - Masern Als Kind - Herzrhythmusstörungen (VHF??) vor 2 Jahren (Krankenhausaufenthalt mit LZ-EKG). Die Medikationsanamnese ergab die Einnahme von: Laryngo Pastillen bei Bedarf (gegen Heiserkeit), Paracetamol bei Bedarf, Paldiarin 3-4 Kapseln 0-0-1 (Schlafmittel). Allergien: Aspirinunverträglichkeit, Obst (Vereine Äpfel??), Unverträglichkeit Gummihandschuhe, Allergie (Latex Allergie). Der Patient ist Raucher.

seit 8 Jahre (8Z/T) und trinkt gelegentlich Alkohol eine Fl. Wein /Woche. In der Familienanamnese fanden sich : Atherosklerose (KHK??)bei der Mutter und (Harnvergiftung.....ich habe

Herpes zoster

Frau Gieger ist eine 65 Jährige Pt, die sich wegen seit 3 Wochen bestehenden zunehmenden Abgeschlagenheit und Lumbalgie vorstellt. Die Pt berichtet ,dass die Beschwerden langsam aufgetreten und mit Lauf der Zeit schlimmer geworden seien. Darüber hinaus gibt sie an dass die Schmerzen auf einer Skala 7/10 seien. Des weiteren klagt die Pt über schmerzhaft Hautausschlag im Rechten Schulter beriech. Zusätzlich sagt sie,dass der Hautausschlag wie ein Gürtel aussieht und mit Pusteln begleitet sein. Die Frage nach Ausstrahlen, Fieber, Nachtschweis, Gewichtverlost und vergrößert L.K wurden verneint. Die Vegetativanamnese war unauffällig . Die wichtige Vorerkrankung der Pt seien : •Art. Hypertonie seit 15 Jahren sei bekannt. Ekzem im linken Ohr seit 2 Jahren sei bekannt. Sie sei wegen Mammakarzinom operiert und auch bei Strahlentherapie behandelt wurden . Z.n. Cholesestektomie vor 20J Die Pt nimmt regelmäßig die Folgenden Medikamente ein: Valsartan (ich erinnere mich nicht wie viel Dose) 1.0.0 Cream gegen eczema B.b Pflanzen Medikamente gegen Müdigkeit . Allergie gegen Grass ?? Und Melone seien bekannt. Sie Könnte die Schmerzmittel (Ibuprofen) nicht vertragen In der Familienanamnesie fanden sich beim Vater Dekubitus (sie sagte mein Vater sehr alt 93J und er haut und knochen und er habe Geschwür) Ihre Mutter an Mesenterik Infarkt gestorben (Sie sagte infarkt im Bauch) Bruder an Autounfall gestorben. Die Pt sei X Raucher seit 20J und davor raucht 10 zig/Tag. Sie Trink 2-3 glass Wein/Woche und nimmt keine Drogen ein. Sie sei Verheiratet, habe 2 gesund Erwachsenen und sie sei Rentnerin.

Tonsilitis

Frau Inga 56 Jahre alt . Große 167. Gewicht 79 kg. Pat stellt sich bei uns in Notfallaufnahme wegen seit gestern bestehende Halsschmerzen. diese Schmerzen haben mit Dysphagie, gloß Gefühl und fieber 39c seit 2 Stunden begleitet. die

Beschwerden seien im Lauf der Zeit schlechter geworden. Pat klagte über Husten und gelblicher

Auswurf seit 1 Woche. Pat sagte, dass sie Kopfschmerzen sowie Epistaxis seit 2 Tagen. sie klagte auch über Abgeschlagenheit innerhalb letzte Woche. sie war beim HA und Nasenspray hat damals verschrieben. sie hat es eingenommen aber ohne Verbesserung. VA war unauffällig bis auf Meteorismus. Sozial Anamnese: sie arbeitet als Angestellter im Blumengeschäft. Hat 3 Kinder. geschieden. lebt mit dem Partner und den Kindern. Familien Anamnese: Vater hat an Lungen Problem gelitten (Ich habe Pneumonie oder pulmonary Fibrosis im Brief geschrieben weil er im Bergbau arbeitet). die Mutter hat an Arterielle Hypertonie und Ileus (Intestinal Verschluss) gelitten und deswegen sei sie einmal im Krankenhaus gewesen und sie wurde operiert (die Oberärztin sagte, meine Mama hat grossen Bauch und danach wurde sie im Krankenhaus aufgenommen und operiert). Ihr kleines Kind war mit gehörlos geboren. Alkohol selten. Rauchen 1 Schachtel pro Tag, seit sie 21 Jahre alt war (Achtung ! nicht seit 21 Jahren). Allergie gegen Amoxicillin und Milchzucker! Medikamente: Nasenspray Ibuprofen 500 mg bei Bedarf Medikament für Gicht . Ich wette, dass es Allopurinol ist. Medikament für Blähungen. Entschuldigung! Ich vergesse der Name. VE: Gicht Anfall (Hyperurikämie) Nierensteine (Nephrolithiasis) Rückenschmerzen

Frau Schneider ist eine 51-jährige Patientin, die sich wegen seit 8 diffuser Halsschmerzen sowie trockenem Husten und Rhinitis vorstellte. Zudem gibt die Patientin an, dass sie an Dysphagie bei Tonsillenvergrößerung und Fieber bis 39.5 C leide. Die Patientin schlafe wegen der Schmerzen nicht gut, und Sie leide auch an Appetitlosigkeit. die Pat. erwähnte , dass die Beschwerden sich im Verlauf verchleehrt hätten. Fragen über Probleme beim Wasserlassen, Stuhlgang wurden verneint und die Pat. zur Zeit in der Wechseljahre. Die Vorgeschichte war unauffällig bis auf Varizen Operation der rechten Unterschenkel sowie ein Verkehrsunfall vor 10 Jahren. die Pat. habe keine vorherige bluttransfusion, keinen auslandsaufenthalt in in letzter Zeit und sei gegen Tetanus sowie influenza und Diphtheria geimpft. Der Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von Ibuprofen 600 mg eine abends wegen chronischer Schulterschmerzen seitdem Verkehrsunfall mit Pantoprazol 20 mg eine abends die Pat. habe bekannte penicillinallergie In der Familie der Patientin fanden sich die folgende wichtige , de Erkrankungen: der kleinen Sohn ist an Grippe erkrankt seit 9 Tagen , der Vater habe an Bronchialkarzinom gestorben. , die Mutter habe KHK, Herzrhythmusstörungen , Demenz Sie raucht Fast 20 Zig. pro Tag seit Circa 40 Jahre,

und trinkt wenige Alkohol. die Pat. sie geschieden und habe 2 Kinder, sie sei Lagerarbeiterin

Herr Neumann ist ein 55 jähriger Pat, der sich wegen heute morgen bestehende zunehmende stark Halsschmerzen vorstellte . Der Pat berichtet, dass die Schmerzen seit 5 Tagen langsam aufgetreten seien und im Verlauf der Zeit verchlechert hätten. Des weiteren gibt er an, das die Schm auf einer Schmerzskala 8/10 sei ,die trotz der Einnahme vonanalgetikum nicht verbessert würdenFerner sind dem Patienten folgendeBegleitsymptomen aufgefallen:Fieber 39 , Schüttelfrost,Dysphagieund Lymphadenitis.Herr Neumann erklärt , dass er nicht essen nichttrinken könne.zusätzlich erzählt derPatient , dass er Husten mit hellem sputum habe. Kein Dyspnoe, kein thorakale schmerzen.Vegetative Anamnese war unauffälligbis auf Fieber , Schüttelfrost,Schweißausbrüche und Oliguriea nsonsten war der Pat beschwerdefrei Wichtige vorerkrankungen des Patienten seien :DM Typ 2 seit 5 Jahren . Morbus Crohn seit 4 Jahren .Autounfall und Gehirnerschütterung vor 5 Jahren . Keine Operationen . Die Medikamentenanamnese ergabeine regelmässige Einnahme von Metformin 1000 1-0-0 Ein Medikament gegen Morbus Crohn Eine Allergei gegen Penizillin und Erdnüsse sei bei dem Patienten bekannt. Der Patient raucht 10-20 Zigaretten. pro Tag seit 30 Jahren und trinkt 1Glass Bier am Wochenende . In der Famiellienanamnese fanden sich folgende wichtige Erkrankung eine Ovarikarzinom der Mutter. Der Vater hatte Diabetes Millitus 2 und ist am Bein operiert worden. Hypertonie des Bruders. Der Pat ist verkäufer, verheiratet, hat 2 Kinder und ist zu Hause gut versorgt.

Herr Schrut ist ein 63 Jahrige Patient,der sich wegen seit einen Woche aufgetretenen Husten mit gelblichen Sputum,atemabhängige Thorakale Schmerzen,abgeschlagenkeit,Fieber. Darüber hinaus gibt der Patient ,dass die Beschwerden an Intesitat letzter 3 Tagen angenommen hatten und bestehe Fieber vom 40. Er sei bei seinem Haus Arzt gewesen,und wurde ACC 600(Husten losung) und andere Tropfin geschrieben. Er leide an Appetitlosigkeit,Schutelfrost und Schlafstorung wegen der Schmerzen. An Vorerkrankung sind AHT,Prostat Karzinom und Psoriatische Arthritis Nimmt gegen AHT Ramipril 10 mg,HCT Wasser Tabletten,Cortisol Cream Wegen Psoriasis,Beibedarf Ibuprofin. Allergien gegen Penecillin und Tierhaare(Katze Haare)er hat einEN hUND ZUHAUSE. In der Famielen Anamnese fanden sich ber der Mutter Pancreas Karzinom und bei der Fatter Emphysema.

Frau Schneider ist eine 51-jährige Patientin. Sie stellt sich wegen einer seit 8 Tagen allgemeinen körperlichen Abgeschlagenheit ,mit diffusen Hals- und Kopfschmerzen ,sowie Husten mit gelblich gefärbtem

Auswurf vor. Zudem gibt die Patientin an, dass sie an Schnupfen, Dysphagie, Fieber sowie einmal Schüttelfrost leide. Die Patientin schlafe wegen der Schmerzen nicht gut, und Sie leide auch an Appetitlosigkeit. Diese Beschwerden haben immer zugenommen , und die Patientin fühle ständig schlecht. Fragen über Probleme beim Wasserlassen, Stuhlgang, sowie Menstruationszyklus werden verneint. Die Patientin habe keinen chronischen Erkrankungen. Ihr Vater habe an Bronchialkarzinom gelitten. Sie nenne Ibu mit Zyloric ein. Sie raucht Fast ein Schachtel pro Tag seit 30 bis 40 Jahre, und trinkt wenig Alkohol.

Herr Neuer ist ein 60-jähriger Pat, der sich wegen Halsschmerzen vorgestellt hat. Der Pat berichtet, dass die Schmerzen seit 5 Tagen bestehen würden. Des Weiteren gibt er an, dass die Schm sich im Laufe der Zeit verschlechtert hätten. Ferner sind dem Patienten folgende Begleitsymptome aufgefallen: Fieber, Schüttelfrost, Lymphadenitis. An vorerkrankungen seien Diabetes und Morbus Chrons bekannt. Die Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von Metformin 1000. Allergien gegen Apicilline ist bekannt. Der Patient raucht 10-20 Zigaretten pro Tag, trinkt Alkohol in Maßen. Er schläft schlecht wegen der Sch. Appetit ist schlecht wegen Schluckbeschwerden. Der Pat hat an Gewicht leicht abgenommen. In der Familienanamnese fanden sich ein Ovarientumor bei der Mutter. Der Vater hatte Diabetes und ist am Herz operiert worden. Der Pat ist Verkäufer, verheiratet, hat 2 Kinder und ist zu Hause gut

Frau Schneider 51-jährige Patientin, die sich wegen eines seit 8 Tagen bestehenden trockenen Hustens , Halsschmerzen und Kopfschmerzen vorstellte. Darüber hinaus klagt sie über Fieber bis 39, rezidivierenden Schüttelfrost und ein allgemeines Krankheitsgefühl. Zudem gibt die Patientin an, dass sie Dysphagie ohne Gewichtsverlust habe. Des Weiteren berichtet sie, wenn sie tief einatme, verspüre sie einen rechtsbetonten, stechenden Thorakalschmerz. Sie erwähnt, dass sich die Beschwerden in letzter Zeit deutlich zugenommen hätten. An Vorerkrankungen seien eine Nephrolithiasis bekannt. Sie wurde wegen einer Varikose operiert. Es bestehe eine Dauermedikation mit Ibuprofen und Zyloric. Ihr Vater leide unter Bronchialkarzinom, ihre Mutter sei Herzrhythmusstörung Patientin bekannt. Sie ist verheiratet und sie habe 2 Kinder. Frau Schneider sei Raucher seit 30 Jahren etwa 1 Schachtel täglich.

Müdigkeit

Frau Reuter ist eine 58-jährige Frau die sich in unserem Krankenhaus wegen seit 3 Tagen bestehende Müdigkeit und leichte erhöhte Temp. (37.6) vorgestellt hat. Des weitem klagt sie über arthralgie seit 2 Tagen besonders in den Beinen. Sie erwähnte, dass sie unter Kopfschmerzen seit 2 Tagen leide. Ich habe über alles gefragt sie hat keine Zeichen von laryngitis, Pharyngitis, pneumonie, meningitis, Gastroenteritis oder Harnwegeinfektionen. Dann ich habe gefragt, ob sie im Urlaub war? Sie war im Urlaub für 2 Wochen im Süddeutschland und sei vor 5 Tagen zurückgekommen, sie habe eine 4 cm Erythem im dorsalen medialen Bereich des rechten Bein. Sonst war alles Unauffällig. Med. Paracetamol und andere 2 medik. Ich hab' die vergessen Allergie gegen Aspirin. Unverträglichkeit gegen Obst. Genu Valgum. Bds Kniegelenkarthrose. Maseln als kind Keine VorOp. FamilienA. : Vater: Herzerkrankung und Bluthochdruck. Mutter: Gesund 1 Bruder der gesund ist. Sie habe 2 kinder. Ein tochter mit Fallsucht Raucht 4 PY. Alkohol: eine Flasche Wien gelegentlich. Verheiratet. Hochzeit nach 6 Wochen. Sie habe eine Reinigungsfirma. Kein Stress in der Arbeit.

Herr Richter ist ein 62J Patient , der sich wegen seit 3 Tagen Fieber vorstellte . Das Fieber sei von 39c. Des Weitem berichtete er , dass er seit 3 Tagen an Abgeschlagenheit leide . Außerdem gab er an , Nachtschweiß zu haben . Darüber hinaus klagte er seit 3 Tagen über trockenden schmerzhaften Husten,er habe heute morgen bemerkt , dass es nur ein mal gelb grünlich Auswurf gab. Seine Freundin erzählte , dass er beim Treppinsteigen lippen Zyanose habe . Auf Nachfrage wurden Atemnot und Beinödem verneint . Er sei seit einer Woche erkältet und habe Ibuprofen 400 mg eingenommen , aber es gab keine Besserung. Keine Wasserlassen oder Stuhlgang Probleme , keine vergrößerte Lymphknoten,keine Hautausschlag. Er sei in den letzten Zeit im Ausland nie gewesen . Ferner klagte er über Schlafstörung seit 2 Nächte . An Vorerkrankungen seien A.Hypertonie seit 18j und Psoriasis bekannt . Prostatkarzinom wurde vor 6 j festgestellt , der operativ und durch 12 Sitzung Strahlentherapie behandelt wurde . Er hatte einen Moteradunfall , als er 18 j alt war . Und er hatte linke Schlüsselbein Fraktur , die operativ mit einem Blatt behandelt wurde . Er nimmt die fogende Mdikamente regelmäßig ein : Ramipril 10mg tab 1 +0+1 , HCT 12,5 tab 1+0+0 und cortison salbe bei bedarf wegen Psoriasis . Er ist gegen Penizillin allergisch . Er ist Ex-raucher seit 6j und habe 15j früher geraucht . Alkohol trinke er nie Er ist ledig und hat eine Tochter , er lebt in zweiter Etage mit seiner Freundin , beruflich ist er kriminale Hauptkommissar. In der

Familienanamnese fanden sich eine COPD (Ephysem) beim Vater , und seine Mutter sei an Pankreaskarzinom gestorben , als sie ungefähr 40j alt war .

Frau xxxx 51 jaehrige Patientin klagte seit 8 Wochen ueber Hals schmerzen fieber 39 Müde knochenschmerzen ganz körperschmerzen Vater lungen karzinom fuß pilz Nikotionabus seit 35 j, Allergien Pencillin Medikamente:

Hepatitis

Herr ...?., 59 jährige r pat., der sich wegen seit 8 Tage Ikarus(gelb verfärbe Haut und Augen), Juckreiz, Müdigkeit vorstellt. des weiteren gibt der Patient an , dass er seit 3 Tage an heller Stuhl und dunkler Urin leidet. Er berichtete, dass er seit 2 Tage drückende Schmerzen am rechten Oberbau hätte mit keiner Ausstrahlung. Kein Übelkeit, kein Erbrechen An Vorerkrankunge sind bei ihm Migräne bekannt und Rückenschmerzen Z.n Hodenkrebs vor 20 J. Mit Chemotherapie behandelt wurde. Er nimmt Ibuprofen bei Bedarf . In der Familienanamnese fanden sich ovariankarzinom bei der Mutter und Parkinson bei dem Vater. Nicht Raucher , trinkt Alkohol nur am Wochenenden Er Arbeitet als Erzieher, Verheiratet und habe 2 Kinder im Erwachsene

Leukämie

Patient: Herr Frank Hahn Alter : 32 JA, Allergien: Pollen, Genussmittel: Alkoholkunsum gelegentlich., Socialanamnese: Wissenschaftlicher Leiter lebt mit seiner Freundin zusammen seit 5 J, keine kinder, Familienanamnese: Vater: sei vor einem Jahr an, Schilddruesenkarzinom gestorben., Mutter: Diabetes Millitus Typ 2 : Diabetische, Retinopathie + Laserbehandlung Anamnese: seit 3 Wochen: Abgeschlagenheit, Müdigkeit Blässe, Zahnfleischbluten= Hemorragische Diathese Hämatomen, Knochenschmerzen, nächtliche Transpiration, konzentrationsstörungen, V A: Gewichtsreduktion von ca 1 bis 2 Kilo in 3 Wochen, Er ist seit 3 Jahren Vegetarier Meteorismus (manchmal), Vorerkrankungen: Pneumonie vor 3 Monaten , die mit ATB, eingestellt war., Eine Nasenbeinfraktur vor 8 J wegen Volleyball Trauma, Neurodermitis : nimmt Salbe bei Bedarf, verdacht auf Rauchgasintoxikation bei Verbrennung (2013), Er nimmt Paracetamol bei Bedarf aufgrund gelegentlicher Cephalgie

Frau Laufhahn Kristen ist 37-jährige Patientin, die sich in unserer Notaufnahme wegen seit 3 Wochen Müdigkeit und Dyspnoe sowie Hyperhydrosis und seit 2 Tagen Zahnfleischblutung vorgestellt habe. Zudem berichtete sie, dass diese Symptome langsam aufgetreten seien und mit der Zeit schlimmer geworden. Die Erkrankung habe nach einer Pneumonie seit 3 Monaten begonnen. Ähnliche Beschwerden habe sie zuvor nicht gehabt. Fragen nach Blut im Urin oder Stuhl, Gewicht verloren, Hals oder Leisten Schwellung wurden verneint. Die Vorgeschichte ist Neurodermitis bekannt, dagegen nimmt sie Cortison-Salbe 0,25% bei Bedarf. Sie hat Heuschnupfen-Allergie. Sie nimmt auch Paracetamol bei Bedarf gegen Kopfschmerzen. Sie trinkt Johanniskräuter gegen Depression. OP Sie hat eine Nasen-OP gehabt nach Volleyball-Trauma. Sie war im 2013 im Krankenhaus wegen Verdacht auf Gasvergiftung - nach Nachbarn Haus brennen. Sie hat regelmäßige Menstruation. Benutzt Spirale als Verhütungsmittel. Hat eine Fehlgeburt gehabt. Sie raucht nicht. Trinkt Alkohol nur am WE. Als Familieanamnese fanden sich DM bei Mutter und ihr Vater ist an Thyreose gestorben. Sie hat eine feste Beziehung, aber hat keine Kinder. Sie arbeitet als Angestellte in einem Forschungsinstitut und hat viel Stress auf der Arbeit.

Hodgkin-nonhodgkinlymphom

Frau Lürmann, 66 Jahre alt, stellte sich wegen seit 2 Wochen bestehenden nichtschmerzhaft geschwollenen Knoten am Hals vor. Die Pat. erwähnte, dass die Schwellung auf der rechten Seite des Halses begonnen habe und nach 3 Tagen auf der linken Seite aufgetreten sei. Gleichzeitig fühle sie sich unwohl mit Abgeschlagenheit und allgemeiner Kraftminderung. Auf Nachfrage nach Begleitsymptomen gab sie an, sehr starken Nachtschweiß, Gewichtsabnahme (3 kg innerhalb der letzten 2 Wochen) sowie geschwanktes Fieber (die Höchste 39°C – in Achselhöhle gemessen) zu haben. Fragen nach anderer Stelle der Knotenschwellung, Luftnot, Schluckbeschwerden, Herzrasen wurden verneint. -Soziale Anamnese: Frau Lürmann sei Rentnerin und alleinstehend, lebt im Altenheim und hat keine Kinder. -Familienanamnese: MS bei der jüngeren Schwester. Der Vater sei an Kolonkarzinom gestorben. Die Mutter sei an Herzinfarkt gestorben. -Vegetative Anamnese: Außer der von der Pat. angegebenen Nachtschweiß, Gewichtsabnahme und Fieber befanden sich ein Alkoholabusus (2 Gläser Wein und ein Bier jeden Abend) und eine Allergie gegen

Erdbeeren. Vorerkrankungen: - hyperlipidämie - Diskusprolaps im Bereich der LWS
- Unterarmfraktur vor einem Jahr, operativ behandelt. Vormedikation: - Simvastatin
40 0-0-1 - Ibuprofen 1-0-0 immer und bei Bedarf - Pantoprasol 20 0-0-2 (abends!!)

Lymphadenopathie

Frau Lörman ist eine 67 jährige Patientin, die sich wegen seit einiger Wochen Lymphadenopathie am Hals bereich vorstellte. daüber hinaus klagte sie über Fieber 39 nächtliche schwiezen rasche gewichtsverlust in der letzten zeit und appetitlosigkeit sowie schlafstörung wegen übermäßigen schwiezen. ähnliche beschwerden habe die patienten zuvor nie gehabt. Vorerkrankungen Hyperchlosterämie divertikulitis- wurde konservativ behandelt gelegentliche Rückenschmerzen(bandscheibenvorfall). Keine Op Allergie gegen erdbeeren medikamente... statin, Ibu, pantoprazol, augen tropfen. Vatter ist an kolonkrebs gestorben. sie ist nicht verheiratet und habe keine kinder. sie war hausmeisterin in einer schule von beruf aber momentan wohnt sie in einem senioren haus

Müdigkeit

Herr Krämer 67 Jahre alt Er hat sich wegen Müdigkeit und Konzentrationstörungen seit 4 Monaten vorgestellt. Die Beschwerden haben sich im Verlauf verschlechtert Er klagt über Polydipsie und Nykturie Frage nach dysurie und Bauchschmerzen werde verneint. Er leidet an pruritis und mykosis im Genitalbereich Er hat mehrmals Erkältung gehabt An vorerkrankung leidet er an Hypertonie Bursaresektion ist bei ihm operiert worden Gastritis Vegetative Anamnese ist unauffällig bis auf Gewichtszunahme. Er nimmt HCT 12.5 1-0-0 ein Er ist Raucher ,raucht ein und halb Schachtel täglich seit 30 jahren. Er trinkt 2-3 Bier Flaschen täglich und nimmt keine Drogen. Sein Vater ist an peritonitis gestorben Seine Mutter lebt ,leidet an Diabetes milletus Typ 2 und Coxitis Er ist verheiratet , hat ein Sohn, wohnt mit seiner Frau zusammen. Er arbeitet in kniepe.

Herr Boht, 56 Jahre, 170 cm, 80 kg, kam zu uns mit seit 5 Tage bestehender Müdigkeit, Abgeschlagenheit sowie Kopfschmerzen. Er berichtete die Beschwerden seien plötzlich aufgetreten und im Laufe der Zeit schlimmer geworden. Außerdem klagte

er über produktive Tussis sowie verstopfte Nase. Im weiteren Verlauf sagte er, er sei im Nordsee gewesen und ihm nass und kalt geworden.

bei der vegetativen Anamnese fanden sich Fieber bis 38,7° Schüttelfrost, Inappetenz sowie Gewichtsabnahme von 3 kg in 2 Wochen. Des Weiteren ergab bei der Noxenanamnese lediglich ab und zu Alkoholkonsum. Im Weiteren Verlauf ergab die Vorerkrankungsanamnese seit drei Jahren Nephrolithiasis, die mit Allopurinol behandelt wurde, sowie Rückenschmerzen seit 3 Jahren, der mit Ibuprofen bei Bedarf behandelt wird. Weiterhin reagiere er allergisch auf Latex. In der Familienanamnese fanden sich Peritonitis aufgrund von Darmverschluss bei der Mutter, woran sie gestorben sei. Lungenfibrose des Vaters, woran er gestorben sei. Schließlich erwähnte er bei der Sozialanamnese er sei Gärtner, geschieden, und habe zwei Kinder lebe alleine. Aufgrund der erwähnten Angaben gehe ich von einer

Frau Jäger ist eine 32 jährige Patientin, die sich wegen seit 3 Wochen Abgeschlagenheit vorgestellt hat. Des weiteren gibt sie an, dass sie Blässe sowie belastungsabhängige Dyspnoe bemerkt habe. Darüber hinaus berichte sie dass die Beschwerden von Zahnfleisch sowie blaue Flecken begleitet seien. Sie fügte hinzu dass sie an einer Pneumonie vor 3 Monaten gelitten habe. Die vegetative anamnese war unauffällig bis auf Schlafstörungen sowie meteorismus und ein Gewichtverlust von 3 Kg innerhalb 3 Wochen. An Vorerkrankungen leide sie an Neurodermitis, tendinitis, intoxikation sowie Migräne. Die Medikamentenanamnese ergab eine regelmäßige Einnahme von Kortisone und Paracetamol. Allergien gegen Pollen und Heuschnupfen seien bei ihr bekannt. Sie sei Raucherin und trinkt gelegentlich Alkohol. In der Familienanamnese fanden sich ein Diabetes mellitus bei der Mutter. Ihr Vater sei an einem Schilddrüsenkarzinom gestorben.

Hr. Geiger ist 65 jähriger Patient, der sich wegen seit 3-4 Wochen Müdigkeit und Abgeschlagenheit sowie starker Rückenschmerzen vorstellte. Zusätzlich sagte er, dass die Beschwerden von re. Oberschenkel Schmerzen, Belastungsdyspnoe und Gewichtsverlust (3-4 Kg. in 2 Monaten) begleitet seien. Er leide seit 2-3 Tagen Gürtelrose (Herpes zoster) an rechter Seite von Rücken und Thorax. Vegetative Anamnese: Insomnie wegen der Schmerzen. Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie, Z.n Cholezystektomie, Z.n Prostatakarzinom Operation vor 3,5 Jahren, Z.n Rippenfraktur nach einem Sturz auf der Arbeit. Medikamente: Valsartan 80mg 1-0-0, Ibuprofen bei Bedarf, und Schlafmittel. Er habe Pollinose. Familienanamnese: Mutter sei an Mesenterialinfarkt gestorben. Vater lebt noch und wohne im Altenheim. Sozialanamnese: Er sei verheiratet, habe 2 Kinder, Rentner.

Herr Dietrich , ein 68 Jähriger Patient stellte sich wegen seit 4 Monaten persistierender, zunehmender Pruritus und Müdigkeit. Der Patient klagte über Pollakisurie , Nykturie und Durst. Der Patient sei 176 cm Groß und wiege 85 Kg. Die Vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf einen Nikotinabusus von Ca 30 Zig/Tag. Der Patient Konsumiere Alkohol regelmäßig von Ca 4 Fläschen Bier/Tag. An Vorerkrankungen leide der Patient an Arterielle Hypertonie wofür nehme er Exforge und HCT regelmäßig ein. Außer Exforge und HCT nehme der Patient Malox gelegentlich wegen Pyrosis ein. Allergien auf Hühnereiweiß sei bekannt . In der Familienanamnese fanden sich keine relevanten Erkrankungen, sein Vater sei gestorben nach Appendektomie aufgrund von Postoperativen Komplikationen und die Mutter lebe noch und gesund. Herr Dietrich sei Gastwerk von Beruf ,er sei verheiratet und lebe mit seiner Ehrfrau ,er habe einen Sohn .

Herr Schültz ist ein 59 jähriger Patient,der sich wegen seit einigen Wochen(4-6 Wochen) Abgeschlagenheit und Müdigkeit vorstellte. Der Patient berichtet über Sklera Ikterus.Ihres Gewicht hätte in letzte 2 Wochen ca.3 kg abgenommen. Er klagt,dass der Stuhl in letzter Zeit gelblich entfärbt.Er habe vor 2 Tagen leichte Obstipation.Der Urin sei in letzter Zeit dunkler entfärbt. Vegetative Anamnese: kein Fieber,Appetit hat sich in letzter Zeit verschlechter.kein Übelkeit oder Erbrechen vorliegt. Er trinkt Alkohol(1-2 Glase Bier pro Tag). Er raucht nicht. Vorerkrankungen Hodenkarzinom im 18 Lebensjahr : Er habe deswegen Stationier im Krankenhaus und habe mit Chemotherapie behandelt. Rücken Schmerzen : Er nimmt Aspirin bei Bedarf. Familienanemnese Mutter Ovarektomie Vater Tremor

Gichtanfall

Herr kramer ist ein 57 jähriger pat., der Sich wegen seit heute morgen bestehende zunehmende linke großziehen gelenkte . Nach Fragern erzählte er , dass er gestern bei grillen Party war und habe er viel Fleisch gegessen und viel Bier getrunken. Der pat. Beschreibt die schmerzen auf einer skala 12! Ferner klagt der pat. über Husten mit gelbliche Auswurf, häufiges Wassermassen am morgen wegen die wassertabletten was er regelmäßig nimmt. Er sei an HTN seit Langezeit bekannt, Und seit 2 jähren Herzrhythmusstörung, Hämorrhiden mit Zäpfchen behandelt und Rückenschmerzen. Er sei wegen Arbeit Unfall seit 2 jahre im Krankenhause

gewesen. V.A war unauffällig bis auf Schlafstörung wegen die schmerzen, 3-4 kg Gewicht zugenommen während 2 Monaten wegen gutem Appetit, und Blut beim Stuhlgang wegen die Hämorrhiden. Medikamentenanamnese ergab sich Einnahme von Blutdruck Senker 1-0-0 (er weiß nicht was es gennant) Er sei gegen Pflaster und Pollen Allergie bekannt. Er sei mit gutem AZ und adipös EZ (Groß 178, Gewicht 103kg) Er sei Raucher, 30 cig/Tag zeit ca. 40 Jahre Trinke er regelmäßig Alkohol 3/4 große Flasche Bier/Tag. Familienanamnese fanden sich bei seiner Mutter sie sei gesund , und bei seinem Vater sei am sinusmaxillerkarzinom gestorben. .Er arbeite im Getränke markt mit viel stress im Arbeit. Er sei verheiratet, hat er 4 Kinder, 2 im erwachsene (mit viel stress zu Hause)

Herr Jorck, Norbert ist ein 56-jähriger Patient, der sich heute wegen seit 4 stunden akut plötzlich aufgetretenden persistierenden zunehmenden pochenden Schmerzen am echten Grosszehengrundgelenk vorstellte. Der Patient berichtet, dass die Schmerzen 8-9 / 10 an Intensitaet seien und in die gesamten rechten Fuß ausstrahlen würden. Die Schmerzen seien begleitet von Rötung, Überwärmung, Schwellung sowie sehr starke Druckschmerzen, Des weiteren gibt er an, dass die Schmerzen gestern nach viel Fleischessen und Alkoholtrinken aufgetreten seien und während des Schlaffens begonnen hätten. Er könne wegen dieser Schmerzen nicht mehr laufen. Darüber hinaus erwähnt er, dass er unter Fieber (von 38 Grad) und Schüttelfrost sowie Abgeschlagenheit leide. Die Fragen nach Trauma, Erbrechen, probleme beim Defekation und Miktion sowie Schwellungen in der Wade oder Kniekehle wurden verneint. Ausserdem klagt er über Husten mit weisslichem Sputum seit lange wegen des Rauchens. Er sagt. dass er die ähnliche Beschwerden früher nie habe. An Vorerkrankungen seien bekannt eine arterielle Hypertonie seit 20 jahren chroniche Hämorrhieden (die letzte Mal seit ein paar Monaten) Rückenschmerzen seit lange wegen der Arbeit Die Vormedikation besteht aus Votum tab 20/12.5 1-0-0 gegn arterielle Hypertonie Diclofenac tab 75mg bei bedarf Salbe gegen Hämorrhieden bei bedarf Nikotinabusus von 1 Schachtel / Tag seit 40 jahren (40 pj) Alkoholabusus 2-3 Flaschenbier / Tag seit 20 jahren. Adipositas 96 kg. Allergie gegn Haselnuesse sei bekannt. An die Familienanamnese fanden sich eine Osteoporose (rüchenschmerzen) bei der Mutter und Der Vater ist an Nasenhöhlenkrebs (Sinusmaxilaeleskarzinom) ?? gestorben .

Herr Martin Lorens 96jähriger Patient,der sich wegen seit 3Wochen zunehmende dumpf stark re unterschenkel Schmerzen. desweitern berichtet der Patient, dass die Schmerzen beim laufen schlicht geworden seien. Und in Fuß ausstrahlung habe. Vegetative A war unauffällig bis auf Husten. In den vorerkran ergab sich: DM und

Hyperlipidämie und asthma. Seine mutter ist an aorticaneurysms rupter gestorben. Sein Vatter nieren Transplantation.

Wadenschmerzen und Unterschenkelsschmerzen

Herr x.x (geb. 01.01.1947) hat sich aufgrund von Wadenschmerzen, die seit zwei bis drei Wochen bestehen, vorgestellt. Der patient klagte, dass er Klaudikatio intermittens habe. Herr x teilte mit dass die Schmerzen im laufe der Zeit schlimmer geworden seien. Zusätzlich berichtete der Patient dass die Schmerzen drückend seien. Ferner berichtete der Patient, dass die Schmerzen nach weniger als 200 Meter laufen traten. An Vererkrankungen seien Folgende bekannt: - Art. Hypertonie (Bisoprolol 1-0-0) - Arteriosklerose (Simvastatin 1-0-0) - DM (...) - Astma B. (...)

Die 53-jährige Patientin stellte sich wegen seit vorgestern zunehmender spannender rechtzeitiger Unterschenkelsschmerzen vor. Zudem berichtete sie, dass die schmerzen, die nicht ausstrahlten, einer Intensität von 6/10 hätten. Außerdem gab sie an, Glanz, Rötter, Calor, Tumor des rechten Unterschenkels zu haben. Die Patientin wies auf Anwendung von hormone Pflaster wegen Menopause sowie lange setzen in der Büroarbeit hin. Fragen nach Trauma, husten, hämoptyse, dyspnoe, lange Fahrt, aktuelle OP, und Fieber würden verneint. Die V.A sei außer Schlafstörungen wegen Stress in der Arbeit unauffällig. Menopause sei seit ein paar Monaten bekannt. Bei der Patientin seien die folgende Erkrankungen bekannt: Arielle Hypertonie seit.. Tendovaginitis (sehenscheidentzündung) des rechten Unterarms. Varikoze seit .. Ekzem Sie sei wegen extrauterinrävidät (schwangerschaft im Bauch) vor 20 jahren operiert worden. Sie nehme die folgende Medikamente ein: Gegen Hypertonie(ich erinnere mich daran nicht) Kortison salbe, o.g Pflaster. Diclofenac bei bedarf. Sie habe amoxicillinallergie und Laktoseintoleranz.. Sie habe einen Nikotinkosum von ca. 15 PY, trinke gelegentlich Alkohol, konsumierte keine Drogen. Sie sei im Steuerfirma angestellt, muss jeden Tag 10 stunden im setzen Arbeiten, verheiratet, habe 2 Kinder (eigenes Kind und pfleges Kind), wohne mit dem Ehemann. Der Vater sei an intestinalinfarkt (darminfarkt) gestorben. Die Mutter leide unter Hüftverschleiss, und eine gerrinnungsprobleme.

Fragen:

Welche andere unersuchung muss man durchführen?

Wie lange muss man Marcumar geben?

Herr Zimmermann 42 J alt. Er klagt über seit 2 Tagen bestehenden spannenden starken Schmerzen in der rechten Wade. Die Schmerzen haben allmählich begonnen und im Laufe der Zeit schlimmer geworden. Er gibt an, dass die Schmerzen nicht ausstrahlen würden. Das Bein ist livide verfärbt und geschwollen. Fragen nach Fieber Schüttelfrost sowie Husten würden verneint. Er hat Gangstörung und kann nicht mehr richtig laufen (Hinken) Schwarze Punkte sind ihm aufgefallen (weil ein Schmetterling auf das Bein gelandet würde.....so der Patient) Er klagt über Obstipation sowie Schlafstörung. An Vorerkrankungen :DM 1 (Insulinpflichtig als er 16 war) Konjunktivitis. Meningitis als er Jung war. Varikose. Allergien: Tierhaare-Ibuprofen. Med:ACE-Inhibitor 1-0-0 Diuretikum (erinnert sich nicht.....Hausarzt DR.Meyer). Augentropfen. Voroperationen; Hüfte TEP re Varizen Entfernung. Familienanamnese; Varikosis bei der Mutter sowie DM1. Ledig-mit Freundin-keine Kinder. Raucher 15 P/j Alkohol:halbe Flasche Schnaps täglich

Fragen:

Der Patient möchte Morgen nach Asien fliegen.Darf er?

Welche Medikamente setzt du an?

Die Patientin klagte über Wadeschmerzen, sowie Hauterythem, Juckreiz im Bereich nach dem Wespenbiß. Diese Beschwerden seien langsam aufgetreten und im Verlauf der Zeit schlimmer geworden. Ferner waren der Patientin folgende Begleitsymptome aufgefallen:Febris undularis, Angstgefühl. Die Frage nach Dyspnoe wurde verneint. Bei der Vorerkrankungen ergaben sich: Hallux valgus, gutartige Gehirntumor, der mittelsbehandelt wird (Medikament kann ich mich nicht erinnern), Konjunktivitis, die mittels Augentropfen behandelt wurde. Darüber hinaus erwähnte die Patientin über Schlafstörungen wegen Familienprobleme.

Fragen:

1) Diagnose: v.a TVT warum? Was machen Sie? Was für Zeichen beim

Sono? Therapie

2) was noch kann sein? Thrombophlebitis

Also, alle fragen über Thrombophlebitis

3) Was noch? Lymphangitis. Richtig und auch alle Zeichen

4) wollen Sie Antibiotika geben? TVT nein, andere abhängig davon wie stark die lokale Entzündung ausgeprägt ist. Richtig.

6) Aufklärung MRT

Frau XXX ist eine 32 jährige Patientin, die sich wegen seit gestern bestehenden dumpfartigen linken Unterschenkelschmerzen vorstellte. Die Patientin gibt an, dass die Beschwerden langsam begonnen hätten und mit Verlauf der Zeit schlimmer geworden seien. Die Schmerzen seien in der Wade und hätten in den Knie ausgestrahlt. Die Patientin berichtet dass die Schmerzen von Erythem, Ödem sowie Überwärmung des linken Unterschenkels begleitet seien. Die Patientin fügt hinzu dass, sie vor 3 Tagen von Frankreich nach Münster mit dem Bus gefahren sei. Sie nimm regelmäßig Kontrazeptiva. Bei Nachfrage wurden eine offene Wunde, einen Unfall, Fieber und Atembeschwerden von der Patientin verneint. VA
Einschlafstörung, verstopfte Nase Vorerkrankungen Schlüsselbeinfraktur (konservativ behandelt) Steißbeinfistel (Sinus Pilonidalis), dass wusste ich nicht!
Hashimoto Medikamente L Thyroxine, ein Schlafmittel und ein Spray für die Nase Allergien Gegen Grasspollen und Gummihandschuhe (Latex Allergie) FA, SA Bei der Mutter besteht ein Z.n. Teildarmresektion wegen Darmkrebs Sie hat eine 4 jährige Tochter die vor 2 Jahren wegen Kehlkopfentzündung (Epiglottitis) hospitalisiert wurde. Arbeitet bei einem Call Centre

Herr Breuer, 34 jähriger Pat., der sich wegen seit heute morgen bestehender spannender linkseitiger Wadenschmerzen vorstellt. Er klagt auch über Ödem, Erythem, Wärmegefühl und Juckreiz an der li. Wade. Er hat auch einen roten Strich am li. Oberschenkel bemerkt (ich habe das falsch als eine Wunde verstanden). Der Pat. berichtet, dass die Beschwerden nach der Gartenarbeit (Insektenstich: ich erinnere mich an den Namen nicht!) aufgetreten sind. Dagegen hat er eine Eispackung benutzt, aber das hat wenig geholfen. Der Pat. sagt, er hat gestern einmal Schüttelfrost aber hat die Temperatur nicht gemessen. Vorerkrankungen: vor 2 Jahren: 10. und 11. li. Rippenfraktur wegen Autounfall (konservativ behandelt) V.a. Akustikusneurinom vor 3 Jahren (damals mittels MRT

ausgeschlossen)(der Pat. sagt: ein Tumor, der hat "Akustik" in seinem Namen)
Medikamente: Schlafmittel (Name? etwas von Pflanzen !) Augentropfen bei Bedarf..
Allergie: gegen Penizillin. Op. : keine. Noxen: Ex-Raucher seit 8 J. (vorher
1schachtel/Tag für 10 J.) Alkohol: 1 Glass Wein am Wochenende. Drogen: keine.
Vegetative Anamnese: Größe: 1.74m Gewicht: 65 kg (konstant) Appetit: gut.
Schlafstörung.. Miktion : o.B Defäkation: o.B. Die Nachfragen nach Nausea, Vomitus,
Vertigo, Husten, Dyspnoe wurden veneint. Familien Anamnese: Vater 60 JA.
Rheumatoid Arthritis Mutter 56 JA. Perikarditis (Herzbeutelentzündung) vor 2 J.
Tochter 8 JA. Leukämie (weißer Blutkrebs) seit 8 Monaten (Chemo- und
Radiotherapie + Stammzellen Behandlung) Sozial Anamnese: Verheiratet, 2
Töchtern (4 und 8 JA.), wohne mit seiner Familie. Arbeite als Selbstständig
(Werkstatt für Autos)

Fragen:

F: Welcher Erreger verursacht ein Erysipel?

F: Welcher Erreger verursacht ein Abszess?

F: Wenn D- Dimere erhöht ist, ist das ein TVT?

F: Was ist der Strich am Oberschenkel?

F: Was ist das Unterschied zwischen MRT und CT?

F: Kontraindikation für MRT?

F: operative Indikation bei Rippenfraktur?

Unterkieferschmerzen

Herr Dietrich ist 50 J und hat sich aufgrund seit paar Wochen bestehenden Schmerzen in dem Unterkiefer und Hals vorgestellt. Die Schmerzen würden bei Belastung auftreten und einige Minuten andauern und in Ruhelage abklingen. Immer häufiger käme es zu Attacken. Letztes mal käme es zu Schmerzen nach einem fettreichen Abendessen und würde mehr als 20 Minuten andauern und ihm wäre

schwer zu Atmen und ihm wäre Übel. Schmerzen in der Brustkorb, Ausstrahlung in den linken Arm und in den Oberbauch wurden verneint. Sodbrennen, Blähungen wurden verneint. Herzschlag, Herzstolpern wurden verneint. Darüber hinaus seien ihm folgende Begleitsymptomen aufgefallen: Durchschlafstörung, Nykturie. Er sei gegen Lupine und Hausstaub allergisch. An Vorerkrankungen leide er an DM und AH. In Bezug auf Medikation nehme er Metformin, Ramipril ein. Sozial Anamnese: nichts besonderes Familie Anamnese: nichts besonderes.

Knochenschmerzen:

Frau Kümar 69 jährige Patientin stellte sich wegen seit 3 Wochen anhaltenden zunehmenden Knochenschmerzen in linken Arm, linken Oberschenkel, mit keine Ausstrahlung. Die Schmerzen sein langsam begonnen. Des weitem gibt die Patient an, dass sie eine röte kreisförmig Pustel in den Unteren Rücken bemerkt hat, die schmerzlose ist. Die Patientin klagt auch über Schlafstörung aufgrund der Schmerzen, wofür nimmt sie regelmässig einen Schlafmittel, das nicht geholfen hat. was wichtig auch ist, dass sie 5KG/2 Monaten abgenommen hat. Schwellung, Fieber, Auslandsaufenthalt, Nachtschweiß, Zeckenstich, gastrointestinale und urogynakologie Symptome werden verneint. Vegetative Anamnese war unauffällig bis auf Gewichtsverlust Familial und sozial Anamnese war unauffällig Vorerkrankung: Z.n Brustkarzinom operiert worden, DIE PATIENTIN MIT CHEMO UND STRAHLEN THERAPIE BIS JETZT BEHANDELT WERDEN. Allergie und Appetit habe ich vergessen.

Der Prüfer: was ist Ihre verdacht Diagnose?

Schlaf -Apnoe -Syndrom

Frau Müller, eine 61-jährige Patientin, stellte sich seit 4 Wochen mit allmählich Persistierend zunehmenden Apnoe während des Schlafs, Schnarchen und trockenen Mund vor. Des Weiteren klagt sie über stark Müdigkeit am Tag und Konzentrationsschwäche Sie könne einen Auslöser nicht benennen, die die Beschwerden verstärken oder lindern würden. Fieber und nächtliche Transpiration

und Herzrasen bestehen nicht. Sie habe ähnliche Beschwerden schon nicht gehabt. Die vegetative Anamnese war Bis auf Adipositas von ca 95 KG , Menapaus unauffällig . An Vorerkrankungen seien Arterille hypertone , Diabetes Mellitus Typ 2 , Arthrose bekannt . Sie nimmt die folgende Medikamente regelmäßig ein : Valsarten , Metformin und Bei bedarf Ibuprofen Allergie gegen pollen sei bekannt. Nikotinabusus von 1 Schachtel / Tag seit 20 jahren (20 pj) Alkoholabusus 1Flaschenbier am wochenende. Er sei nicht Drogenabhängig In der Familie fanden sich ösophagusvarizen beim Vater,er sei darn gestoben , Glaukum bei der Mutter. sie sei technekerin von Beruf , verwitwet ,habe 2 Kinder im Erwachsenenalter , lebe alleine .

Unruhegefühl

Herr Krüger ist ein 56 jähreer Patient, der sich wegen vor 3-4 Monaten eines Unruhegefühls vorgestellt hat. Der Patient hat berichtet, das er in der letzten Zeit 5 kg abgenommen habe. Außerdem gab er an, dass er eine Dypnö nur bei Belastung habe. Ferner sind dem Patienten die folgende Symptome aufgefallen: Schlafstörungen, Hyperhidrosis (starkes Schwitzen) sowie Zittern in Hände. An Vorerkrankungen leide er: Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte) und nehme dagegen Simvastatin) Senusitis (Nasennebenhöhlenentzündung) und er nehme dagegen nur eine Nasenspray ein. Vor 8 Jahren Rückenschmerzen und er nehme dagegen gelegentlich Diclofenac ein. Allergie gegen Pollen sei bekannt (er hat gesagt gegen Blumen des Mandelbaums) Genussmittels: Er rauche 2-3 Zigarillo aber nicht täglich. Er trinke 2-3 Glass Wien pro Tag. In der Familienanamnese Fanden sich:Divertikulose bei der Mutter und sie sei an Perforation sowie Peritonitis (Bauchfell Entzündung) gestorben. Herzkranzgefäß Erkrankung bei dem Vater.

Geschwollene Beine

Herr Hörn ist ein 62-jähriger Patient, der sich wegen seit eine Woche eine geschwollene sowie rötliche und schmerzhaftel linke Unterschenkel vorgestellt hat. Herr Hörn berichtet, dass er eine Salbe und eine Druckverband gelegt hat aber er hat keine Linderung von der Beschwerden bemerkt. Außerdem gibt er an, dass die Beschwerden im Verlauf schlimmer geworden sind. Neue hinzugekommen sind

Juckreiz sowie eine offene und nasse Wunde in das betroffene Bein. Fieber, Schüttelfrost oder wärmendes Haut wurde verneint. Die Vegetative Anamnese ergab, eine Durchschlafstörung wegen der Schmerzen, Obstipation, Reizhusten und ab und zu Ödeme in beide Beine. Der Patient aktuell wiegt 70 Kg bei einer Körpergröße von 163 cm. Genussmittels: Ex-Raucher seit 12 Jahre (er hat für 25 Jahre geraucht), er trinkt jeden Tag ein Bier bei Abendessen. Wichtige Vorerkrankungen sind: Arterielle Hypertonie, TVT links vor 2 Jahre, Varikose bds die nicht operiert worden sind. Relevante OPs sind: Klavikulafraktur beim Autounfall vor 7 Jahre. Er nimmt regelmäßige ein: ACE Hemmer 1-0-0, ASS 100 mg 1-0-0, HCT 25 mg 1-0-0, Tropfen gegen Husten. Der Patient ist allergisch auf Nickel. In der Familie Anamnese fanden sich folgenden Erkrankungen: Mutter ist an HI gestorben, sie hatte auch TVT. Vater ist an Nebennierenkarzinom gestorben. Frau: Apoplexie Herr Hörn ist verheiratet, wohnt bei seiner Frau, hat 2 Kinder und ist Verkäufer von Beruf

