

Dr. med. Bertram Esser
Facharzt für Innere Medizin
Auwaldstr. 90
79110 Freiburg

Mitglied der QP-Qualitätspraxen GmbH
Telefon 0761/131432
Telefax 0761/135244

Patientenausweis für:

Veesser Margot, geb.: 05.11.1932
Bussardweg 64, 79110 Tel.: 16940
versichert: IKK classic N469500828

hausärztliche Betreuung hier seit 2015, zuvor Dr. Britsch und Dr. Wegenast
DMP-Diabetes

Diagnosen:

Diabetes mellitus, Insulin, Retinopathie bds.
Hypercholesterinämie
Hypertonie
Glaukom
Mediateilinfarkt li 11-10 bei ACI-Stenose
Demenz
Aortenklappenstenose mittel- bis hochgradig
Epilepsie

Medikamente:

Ass Abz 100mg Tah Tabl TAB N2 50 St (1-0-0-0); Atorvastatin 1A Phar 20mg FTA N3 100 St (0-0-0-1);
Candesar Hen P HCT 16/12.5 TAB N3 98 St (1-0-0-0); Lamotrigin Aristo 25mg TAB N3 200 St (3-0-0-0);
Lamotrigin Aristo 100mg TAB N3 200 St (0-0-1-0); Tavu 50µg Latano+5mg Timol ATR N2 3X2.5 ml (1-0-1-0);
Amlodipin Besil Dexcel 5mg TAB N3 100 St (1-0-0-0); Toujeo 300e/ml Solostar PEN 5X1.5 ml (24-0-0-0);
Novaminsulfon 1A Pharm Tro TRO N3 100 ml

Diagnostik und Operationen:

Hypertonie, G. (I10.00G); Reine Hypercholesterinämie, G. (E78.0G); Diab.mell.Typ 2, Retinopathie, G. (+E11.30G); Glaukom, G. (H40.9G); Apoplex, Folgezustand, G. (I69.4G); Retinopathie, diabetisch, G. (H35.0G); Verschluss und Stenose der Arteria carotis, G. (I65.2G); Demenz, allgemein, G. (F03G); Epilepsie, nicht näher bezeichnet, G. (G40.9G); Aortenklappenstenose, G. (I35.0G); Diabetisches Fußsyndrom, G. (E11.74G); Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet, G. (Z74.9G); Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert, G. (R29.6G); Schwindel und Taumel, G. (R42G); Senilität, G. (R54G);

25.01.2019



Dr. Bertram Esser, Auwaldstr. 90, 79110 Freiburg, Tel.: 0761/131432

Laborblatt vom 25.01.2019

Veese, Margot, (11396), geb. 05.11.1932

Seite 1 von 1

			09.01.2018	13.04.2018	10.07.2018	16.10.2018	17.01.2019
Leukozyten	3,7-10,1	/nl	7,9	7,7	7,7	5,7	7,2
Erythrozyten	3,8-5,0	/pl	3,7 (-)	3,5 (-)	3,3 (-)	3,4 (-)	4,0
Haemoglobin	11,6-15,1	g/dl	11,5 (-)	10,8 (-)	10,2 (-)	10,6 (-)	12,6
Haematokrit	0,34-0,44	l/l	0,34	0,33 (-)	0,32 (-)	0,32 (-)	0,37
MCV	81-99	fl	92	93	98	96	93
MCH	27-34	pg	31	31	31	32	32
MCHC	32-36	g/dl	34	33	32	33	34
Thrombozyten	150-361	/nl	184	205	223	198	225
Glucose/Serum	60-100	mg/dl	279 (+)	251 (+)	430 (+)	293 (+)	448 (+)
Hba1c	...	%	8,5 (+)	8,8 (++)	9,8 (++)	8,4 (+)	10,1 (++)
HbA1c (IFCC) (EB)	...	mmol/mol	69 (++)	73 (++)	84 (++)	69 (++)	86 (++)
Kreatinin	(*)	(*)	1,2 (+)	1,0	0,9	0,8	0,8
eGFR		ml/min/1,73m2KOF	42	51	61	67	63
Harnsäure	2,4-5,7	mg/dl	3,9	3,6	3,9	3,9	3,2
Cholesterin	...	mg/dl	87	98	109	121	93
HDL-Cholesterin	(*)	(*)	45	44 (-)	45	45	33 (-)
LDL	(*)	(*)	34	40	52	58	41
Triglyceride	<= 150	mg/dl					66
GPT	(*)	(*)	15	29	39 (+)	36 (+)	49 (+)
Gamma-GT	(*)	(*)	27	68 (+)	64 (+)	84 (+)	32
CK	(*)	(*)	114	76	59	78	64
Kalium	3,6-5,5	mmol/l					4,1
Natrium	133-146	mmol/l					137
Gesamteiweiss	64-83	g/l	58 (-)				
Albumin (Elektrophorese)	55,8-66,1	%	52,7 (-)				
Alpha-2-Globulin	7,1-11,8	%	14,0 (+)				
Alpha-1-Globulin	2,9-4,9	%	6,6 (+)				
Beta-Globulin	8,4-13,1	%	12,8				
Gamma-Globulin	11,1-18,8	%	13,9				
Blutbild klein						*	*

(*) Die Normwerte haben sich im dargestellten Zeitraum geändert.

Impfweis

Margot Veeder, 05.11.1932

folgende Impfungen sind dokumentiert:

[illegible]

Stand: 25.1.19

Alkoholkonsum. Keine Allergien bekannt.

Häusliche Vormedikation:

Lamotrigin	75mg-0-100 mg
Atorvastatin 40	0-0-1
Candesartan plus 16/12,5	1-0-0
Amlodipin 5	1-0-0
ASS 100	1-0-0
Actraphane 30/70	nach Plan IE s.c. um 7 und 19 Uhr ?

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: Blutdruck 110/70mmHg, HF 80/min, Temp. 37,4°C, AF 17 /min, sPO2 90% RL, Gewicht 37 kg, Größe 158 cm.
Leicht verminderter Allgemein- und untergewichtiger Ernährungszustand. Allseits orientiert und kooperativ.
Kopf/Hals: Pupillen rund, mittelweit., Schleimhäute feucht, Zunge nicht belegt. Keine vergrößerten Lymphknoten tastbar. Keine Struma. Thorax/Lunge: Seitengleiche Atembewegungen. Normales Atemgeräusch.
Herz/Kreislauf: Herztöne rhythmisch. 3/6-Systolikum PM über ERB. Peripherer Pulsstatus regelrecht. Abdomen: Bauchdecken weich, kein Druckschmerz. Darmgeräusche lebhaft. Leber am Rippenbogen und Milz nicht tastbar. Nierenlager ohne Klopfeschmerz. Extremitäten: Keine Ödeme.
Orientierend neurologische Untersuchung ohne pathologischen Befund.

Ruhe EKG - Befund vom 31.01.2018 17:37

Sinusrhythmus, Herzfrequenz 82/min., Linkstyp. AV-Block I°, periphere Niedervoltage. R/S-Umschlag V4/V5. Keine Erregungsrückbildungsstörungen.

Herzecho vom 31.01.2018 09:57

Normal dimensionierte Herzhöhlen. Aorta ascendens normalkalibrig. Kein Perikarderguss. Regelrechte linksventrikuläre systolische Funktion. Keine regionalen Wandbewegungsstörungen. Altersentsprechende diastolische Funktion des linken Ventrikels (E/A<1). Gute rechtsventrikuläre systolische Funktion. Echokardiographisch kein Hinweis auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie/Rechtsherzbelastung. Mittelschwere Sklerose der Aortenwurzel mit Übergreifen auf die rechtskoronare Tasche. Konsekutive Aortenklappenstenose I°, keine Aortenklappeninsuffizienz. Spur Regurgitation über Mitralklappe. Ebenso über Trikuspidalklappe. Keine über Pulmonalklappe.

Sonographie gesamtes Abdomen - Befund vom 31.01.2018 15:15

Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei ausgeprägtem Meteorismus. Leber von normaler Größe, Perfusion, Form und Struktur, keine darstellbaren Raumforderungen, Leberpforte unauffällig, keine intrahepatische Cholestase, keine extrahepatische Cholestase, DHC 6-7 mm, Gallenblase kontrahiert, reizlos, ohne Konkrement, D. wirsungianus bis in den Pankreasschwanz massiv dilatiert, bis zu 12 mm, Pankreasgewebe nicht zu erkennen, ein großes präpap. Konkrement mit 7 mm, viele kleine Konkrement, Nieren beidseits normal groß, regelrechte Parenchyembreite, rechts Harnaufstau I°, Milz homogen, normal groß, Retroperitoneum teils überluftet, Aorta normalkalibrig, sklerosiert, VCI regelrecht, Dünndarm-Trakt sehr rege, keine Hinweise auf einen Ileus, Harnblase mäßig gefüllt, ohne Raumforderungen, anteflektierter Uterus mit Verkalkungen, kein Aszites, keine Pleuraergüsse.

Röntgen Thorax in 2 Ebenen, durchgeführt am 30.01.2018 um 19:50

Herz normal groß, regelrecht konfiguriert. Zirkuläre Aortensklerose, auch im Gesamtverlauf der Aorta in der Seitenaufnahme. Mediastinum schlank, Hili unauffällig. Keine Infiltrate oder Pleuraergüsse. Einzelne kleinere Granulome, dorsale Schwielen rechts im Randwinkel. Degenerative BWS-Veränderungen.

Röntgen BWS in zwei Ebenen, durchgeführt am 31.01.2018 um 11:30

Ausgeprägt degenerative Veränderungen mit letztlich bambusartiger Veränderung der BWS. Minderung der Wirbelkörperhöhe vermutlich BWK 6/7. Soweit ersichtlich unauffälliges Alignment.

Verlauf:

Übernahme aus dem Uni-Notfallzentrum bei Hypoglykämie. Umstellung der antidiabetischen Therapie auf Langzeitinsulin plus Sitagliptin. Darunter vorerst zufriedenstellende Blutzuckerwerte. Frau Veesser berichtet immer Appetit und Hunger zu haben. Zu Hause bekommt sie ab jetzt Essen auf Rädern, da sie sonst unter Insulintherapie in Kombination mit wenig Essen in Gefahr gerät in Hypoglykämie zu fallen.
Bei entfärbtem Stuhl erfolgte eine Abdomensonographie. Kein Hinweis auf Cholestase. Massiv dilatierter Ductus wirsungianus mit Konkrementen. A.e. durch die Malnutrition. Harnaufstau I° rechts. Wir bitten um weitere
Arztbrief Innere stationär, gedruckt am 09.07.2018 10:03

EINGEGANGEN

23. JUNI 2018



Bruder-Klaus-Krankenhaus
Waldkirch

Bruder-Klaus-Krankenhaus Hellere Weg 10 · 79183 Waldkirch

Klinik für Innere Medizin

Herrn
Dr. med. Bertram Esser
Innere Medizin
Auwaldstr. 90
79110 Freiburg

Chefarzt
Dr. med. H. Meyer-Blankenburg

Telefon: 07681 / 208 - 0
Durchwahl: 07681 / 208 - 5200
Telefax: 07681 / 208 - 5209
E-Mail: Innere@rkk-bkk.de

19.03.2018
71801102

Cou/az

Sekretariat
Margareta Nietzel
Tel.: 07681/ 208-5200

Innere Ambulanz
Terminabsprache
Mo-Fr 8 - 16:30 Uhr
Tel.: 07681/ 208-5200

Station Innere Medizin 1
Tel.: 07681/ 208-3000

Station Innere Medizin 2
Tel.: 07681/ 208-4000

Station Innere Medizin 3
Tel.: 07681/ 208-1000

Veesser, Margot, * 05.11.1932
79110 Freiburg, Bussardweg 64

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich vom 30.01.2018 bis zum 08.02.2018 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

Hypoglykämie-Rezidiv bei bek. Diabetes mellitus Typ 2a
Massiv dilatierter D. wirsungianus mit Konkrementen
Harnaufstau I° rechts
Kachexie, Malnutrition

Nebendiagnosen:

TIA 1/2014 mit beinbetonter Hemisymptomatik rechts bei
hochgradiger Mediastenose links
Strukturelle linkshemisphärische Epilepsie nach Mediateilinfarkt links
- Stent-gestützte Angioplastie der A.carotis interna links 11/2010
Supraaortale Makroangiopathie mit 60-70%-iger ACI-Stenose rechts
TIA 12/2012
Rezidivierende Synkope
Dementielle Entwicklung
Amaurosis links
Radiusfraktur rechts 11/2014

CvRF

Arterielle Hypertonie
Hyperlipidämie

Anamnese:

Übernahme aus Universitäts Notfallzentrum.
Dort Aufnahme mit Hypoglykämie, BZ initial 37 mg/dl, durch NA 16 g Glukose i.v.,
danach BZ 69mg/dl, Glucose 5%-Infusion, darunter BZ 143mg/dl. Hier sollte wegen rez.
Hypoglykämie eine BZ-Einstellung erfolgen, zudem Entlassmanagement.

Sozialanamnese: Verheiratet, verwahrloste Wohnung, Pflegedienst sporadisch.

Vegetative Anamnese: Normaler Appetit, normaler Durst, Miktion unauffällig, keine
Nykturie, Stuhlgang unauffällig. Keine Schlafprobleme, kein Nikotinkonsum, kein

Kontrolle.

Wir entlassen die Patientin heute bei subjektivem Wohlbefinden und in kardiopulmonal stabilem Zustand in Ihre ambulante Weiterbehandlung.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Wir bitten, die sehr verzögerte Zusendung dieses Briefes zu entschuldigen.

Entlassmedikation:

Lamotrigin	75-0-100 mg
Atorvastatin 40mg	0-01
Candesartan plus 16/12.5mg	1-0-0
Amlodipin 5mg	1-0-0
ASS 100mg (Acetylsalicylsäure)	1-0-0
Januvia 50mg (Sitagliptin)	1-0-1
Toujeo 16 EI (Insulin glargin)	1-0-0 (nach dem Frühstück)

Weitere Empfehlung:

Zeitnah Laborkontrolle

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Hans Meyer-Blankenburg
Chefarzt



Dr. Markus Stephan
Oberarzt



Ingrid Coutino-Fitzner
Assistenzärztin

CT LWS: Eher älter imponierende Frakturen (s. Befund)CT LWS, durchgeführt am 10.01.2018 um 13:42

Radiologischer Befund:

CT LWS, durchgeführt am 10.01.2018 um 13:42

Konventionelle VA.

- keine frische Fraktur
- ältere Sinterungen, v.a. LWK 1 Deckplattenimpression
- keine segmentale Fehlstellung
- Rahmenwirbel bei Osteoporose


WICHTIG: Wir weisen Sie darauf hin, dass bei einem frischen Unfall oder einem akuten Krankheitsbild im Rahmen der ersten Notfallbehandlung nicht in jedem Fall alle Ausprägungen einer Erkrankung (z.B. beginnende Entzündung) oder alle Folgen einer Verletzung (z.B. Knochenfissuren) sofort erkannt werden können. Sollten Beschwerden verbleiben oder neu auftreten, ist eine akute ärztliche Kontrolle beim Hausarzt und ggf. weitere Diagnostik beim Facharzt unerlässlich (ggf. auch akute Wiedervorstellung bei uns). Insbesondere nach einer Gipsanlage muss am Folgetag immer oder bei Beschwerden sofort eine ärztliche Kontrolle erfolgen.

Im Falle einer Thromboseprophylaxe ist die Kontrolle des Blutbildes und der Thrombozyten zur Erkennung einer heparininduzierten Thrombopenie einmal pro Woche notwendig.

Bei Rückfragen und/oder Auffälligkeiten bitten wir um umgehende Wiedervorstellung oder telefonische Rücksprache (jederzeit) unter Tel. 0761/ 7084-106

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Frank Hassel
Chefarzt



Dr. Maren Hubach-Breckwoldt
Fachärztin

Loretto-Krankenhaus Mercysstraße 6-14 · 79100 Freiburg

Herrn
Dr. med. Bertram Esser
Auwaldstr. 90
79110 Freiburg

**Klinik für
Orthopädische Chirurgie
Wirbelsäulenchirurgie**

Chefarzt Dr. med. F. Hassel

Telefon: 0761 / 7084 - 0
Durchwahl: 0761 / 7084 - 146
Telefax: 0761 / 7084 - 165
E-Mail: Orthopaedie@rkk-klinikum.de

10.01.2018
81801167

Sekretariat
Andrea Schuler
Tel.: 0761/ 7084-146

Terminvereinbarung
Mo-Do 8 - 18 Uhr
Fr 8 - 14 Uhr
Tel.: 0761/ 7084-146

Station Orthopädie
Tel.: 0761/ 7084-396

Veesser, Margot, * 05.11.1932
79110 Freiburg, Bussardweg 64

Sehr geehrter Herr Kollege,
wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich am 10.01.2018 bei uns in ambulanter
Behandlung befand.

Erstdiagnose:
Symptomatische LWK 1 Fraktur


Therapie:

Beratung: Konservativ- symptomatische Therapie; Anlage Spinomed- Orthese (Rp.),
prinzipiell radiologische Verlaufskontrollen in ca. 2 Wochen sinnvoll; allerdings logistisch
praktisch nicht möglich. Daher zunächst weitere befundabhängige Diagnostik, ggfalls
Wiedervorstellung hier, idealerweise nach tel. Rücksprache. Rp. Novalgin- Tropfen
ausgestellt. Mobilisation im Rahmen der Möglichkeiten.

Anamnese:

Unbeobachtetes mögliches Sturzereignis am 06/07.01.2018. Schmerzen initial eher
mittlere Wirbelsäule, jetzt zunehmende untere LWS ohne wesentliche Besserung auf
Schmerzmedikation (Novamin Tbl.). Bereits seit längerem überwiegend Rollstuhlmobil,
nur wenige Schritte in eigener Wohnung mit entsprechendem Abstützen.

Kommt mit KTW in Begleitung der Schwiegertochter.

Lebt mit Ehemann, sonst mit Sozialstation versorgt, Pflegestufe 

Bek. dementielles Syndrom, Diabetes mellitus, ASS- Dauertherapie

Befunde:

Hier adäquat situativ orientiert, freundlich zugewandt.

Reizloser Lokalbefund bei senilem Rundrücken und kachektischem EZ. Keine sichtbare
Prellmarke, Thorax stabil. Druckschmerz v.a. B-/ LWS- Übergang, punktuell, dabei keine
radikuläre Begleitsymptomatik, Becken stabil. Keine Angabe zur Kribbelparästhesien oder
Taubheitsgefühlen. Blasen-/ Mastdarmkontrolle lt. Patientin erhalten bei unveränderter
Verdauungsfunktion. Bei Untersuchung im Sitzen seitengleiche Beweglichkeit beider
Hüftgelenke ohne wesentliche Schmerzen, keine Paresen oder Schwächen der unteren
Extr., periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt.

Röntgen:

LWS mit unterer BWS in 2 EB: Multisegmentale ausgeprägte deg. Veränderungen mit
Facettengelenksarthrose/ Osteochondrosen und Vertebrophyten. Deckplatteneinbrüche
L1- 2 mit diffusen Höhenminderungen auch L3-4, Torsionsskoliose, Vasoklerose

Häusliche Vormedikation:

Lamotrigin 75mg-0-100 mg
Atorvastatin 40 0-0-1
Candesartan plus 16/12,5 1-0-0
Amlodipin 5 1-0-0
ASS 100 1-0-0
Actraphane 30/70 nach Plan IE s.c. um 7 und 19 Uhr ?????

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 110/70mmHg, HF 80/min, Temp. 37,4°C, AF 17 /min, sPO2 90% RL, Gewicht 37kg, Größe 158cm.

Leicht verminderter Allgemein- und schlanker Ernährungszustand. Allseits orientiert und kooperativ.

Kopf/Hals: Pupillen rund, mittelweit, Schleimhäute feucht, Zunge nicht belegt. Keine vergrößerten Lymphknoten tastbar. Keine Struma.

Thorax/Lunge: Seitengleiche Atembewegungen. Normales Atemgeräusch.

Herz/Kreislauf: Herztöne rhythmisch. 3/6-Systolikum PM über ERB. Peripherer Pulsstatus regelrecht.

Abdomen: Bauchdecken weich, kein Druckschmerz. Darmgeräusche lebhaft. Leber am Rippenbogen und Milz nicht tastbar. Nierenlager ohne Klopfeschmerz.

Extremitäten: Keine Ödeme.

Orientierend neurologische Untersuchung ohne pathologischen Befund.

Ruhe EKG - Befund vom 31.01.2018 08:48

17:37 Sinusrhythmus, Herzfrequenz 82/min., Linkstyp. AV-Block I°, periphere Niedervoltage. R/S-Umschlag V4/V5. Keine Erregungsrückbildungsstörungen.

Herzecho vom 31.01.2018 09:57

Normal dimensionierte Herzhöhlen. Aorta ascendens normalkalibrig. Kein Perikarderguss. Regelrechte linksventrikuläre systolische Funktion. Keine regionalen Wandbewegungsstörungen. Altersentsprechende diastolische Funktion des linken Ventrikels (E/A<1). Gute rechtsventrikuläre systolische Funktion.

Echokardiographisch kein Hinweis auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie/Rechtsherzbelastung.

Mittelschwere Sklerose der Aortenwurzel mit Übergreifen auf die rechtskoronare Tasche. Konsekutive Aortenklappenstenose I°, keine Aortenklappeninsuffizienz. Spur Regurgitation über Mitralklappe. Ebenso über Trikuspidalklappe. Keine über Pulmonalklappe.

Sonographie gesamtes Abdomen - Befund vom 31.01.2018 15:15

Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei ausgeprägtem Meteorismus. Leber von normaler Größe, Perfusion, Form und Struktur, keine darstellbaren Raumforderungen, Leberpforte unauffällig, keine Intrahepatische Cholestase, keine extrahepatische Cholestase, DHC 6-7 mm, Gallenblase kontrahiert, reizlos, ohne Konkrementa, D. wirsungiar bis in den Pankreasschwanz massiv dilatiert, bis zu 12 mm, Pankreasgewebe nicht zu erkennen, ein großes präpap. Konkrement mit 7 mm, viele kleine Konkrementa. Nieren beidseits normal groß, regelrechte Parenchyembreite, rechts Harnaufstau I°, Milz homogen, normal groß, Retroperitoneum teils überluftet, Aorta normalkalibrig, sklerosiert, VCI regelrecht, Dünndarm-Trakt sehr rege, keine Hinweise auf einen Ileus, Hamblas mäßig gefüllt, ohne Raumforderungen, anteflektierter Uterus mit Verkalkungen, kein Aszites, keine Pleuraergüsse.

Befund vom 31.01.2018 11:17 Röntgen Thorax in 2 Ebenen, durchgeführt am 30.01.2018 um 19:50

Herz normal groß, regelrecht konfiguriert. Zirkuläre Aortensklerose, auch im Gesamtverlauf der Aorta in der Seitenaufnahme. Mediastinum schlank, Hilz unauffällig. Keine Infiltrate oder Pleuraergüsse. Einzelne kleinere Granulome, dorsale Schwielen rechts im Randwinkel. Degenerative BWS-Veränderungen.

Befund vom 02.02.2018 10:06 Röntgen BWS in zwei Ebenen, durchgeführt am 31.01.2018 um 11:30

Ausgeprägt degenerative Veränderungen mit letztlich bambusartiger Veränderung der BWS. Minderung der Wirbelkörperhöhe vermutlich BWK 6/7. Soweit ersichtlich unauffälliges Alignment.

Verlauf:

Übernahme aus dem UNZ bei Hypoglykämie. Umstellung der antidiabetischen Therapie auf Langzeitinsulin pi Sitagliptin. Darunter vorerst zufriedenstellende Blutzuckerwerte. Frau Veesser berichtet immer Appetit und Hunger zu haben. Zu Hause bekommt sie ab jetzt Essen auf Rädern, da sie sonst unter Insulintherapie in Kombination mit wenig Essen in Gefahr gerät in Hypoglykämie zu fallen.

Bei entfärbtem Stuhl erfolgte eine Abdomensonographie. Kein Hinweis auf Cholestase. Massiv dilatiertes Duct wirsunglarus mit Konkrementen. Harnaufstau I° rechts. Wir bitten um weitere Kontrolle.

Echokardiographisch Sklerose der Aortenklappe mit Aortenstenose I° weitere s.O.

Wir entlassen die Patientin heute bei subjektivem Wohlbefinden und in kardiopulmonal stabilem Zustand in ihre ambulante Weiterbehandlung.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Arztbrief Innere stationär, gedruckt am 08.02.2018 12:31

Bruder-Klaus-Krankenhaus · Heitere Weg 10 · 79183 Waldkirch

Klinik für Innere Medizin

Herrn
Dr. med. Bertram Esser
Innere Medizin
Auwaldstr. 90
79110 Freiburg

Chefarzt
Dr. med. H. Meyer-Blankenburg

Telefon: 07681 / 208 - 0
Durchwahl: 07681 / 208 - 5200
Telefax: 07681 / 208 - 5209
E-Mail: Innere@rkk-bkk.de

08.02.2018
71801102

Veese, Margot, * 05.11.1932
79110 Freiburg, Bussardweg 64

Sekretariat
Margareta Nietzel
Tel.: 07681 / 208-5200

Sehr geehrter Herr Kollege,

Innere Ambulanz
Terminabsprache
Mo-Fr 9 - 16:30 Uhr
Tel.: 07681 / 208-5200

wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich vom 30.01.2018 bis zum 08.02.2018 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

- Hypoglykämie-Rezidiv bei bek. Diabetes mellitus Typ 2
- Massiv dilatierter D. wirsungianus mit Konkrementen
- Harnaufstau I° rechts

Station Innere Medizin 1
Tel.: 07681 / 208-3000

Station Innere Medizin 2
Tel.: 07681 / 208-4000

Nebendiagnosen:

- TIA 1/2014 mit beinbetonter Hemisymptomatik rechts bei hochgradiger Mediaastenpse links
- Strukturelle linkshemisphärische Epilepsie nach Mediateilinfarkt links
- Stent-gestützte Angioplastie der A.carotis interna links 11/2010
- Supraaortale Makroangiopathie mit 60-70%-iger ACI-Stenose rechts
- TIA 12/2012
- Rez. Synkopen
- Dementielle Entwicklung
- Amaurosis links
- Radiusfraktur rechts 11/2014

Station Innere Medizin 3
Tel.: 07681 / 208-1000

CvRF

- Arterielle Hypertonie
- Hyperlipidämie

Vorläufiger Arztbrief

Anamnese:

Übernahme aus UNZ:

Dort Aufnahme mit Hypoglykämie, BZ initial 37 mg/dl, durch NA 16 g Glukose i.v., danach BZ 69mg/dl, Glucose 5%-Infusion, darunter BZ 143mg/dl. Hier sollte wegen rez. Hypoglykämien eine BZ-Einstellung erfolgen, zudem Entlassmanagement.
Sozialanamnese: verheiratet, verwahrloste Wohnung, Pflegedienst sporadisch
Vegetative Anamnese: Normaler Appetit, normaler Durst, Miktion unauffällig, keine Nykturie, Stuhlgang unauffällig. Keine Schlafprobleme, kein Nikotinkonsum, kein Alkoholkonsum. Keine Allergien bekannt.

Entlassmedikation:

Lamotrigin 75-0-100 mg
Atorvastatin 40mg 0-01
Candesartan plus 16/12.5mg 1-0-0
Amlodipin 5mg 1-0-0
ASS 100mg 1-0-0
Januvia 50mg 1-0-1
Toujeo 16 E! 1-0-0 (nach dem Frühstück)

Weitere Empfehlung:

Zeitnah Laborkontrolle

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Hans Meyer-Blankenburg
Chefarzt

Dr. Markus Stephan
Oberarzt



Ingrid Costino-Fitzner
Assistenzärztin

Krankenkasse bzw. Kostenträger
IKK classic

Name, Vorname des Versicherten
Veese

Margot
Weismannstr. 3A
78117 Freiburg im Breisgau

geb. am
05.11.32

Stamm
5000000

Beitragskennung
07202793

Versicherten-Nr.
N469500828

Betriebsstätten-Nr.
578585600

Arzt-Nr.
333301301

Datum
24.01.19

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Arztwechsel

Befund/Medikation

Frage

Bitte um Befundübermittlung. Vielen Dank

Überweisungsschein

☒ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V ☐ bei beiläufiger Behandlung

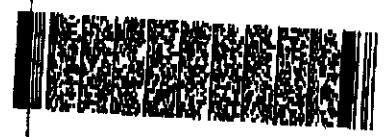
☐ Unfall ☐ Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an **Allgemeinmedizin**

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliaruntersuchung ☒ Mit-Weiterbehandlung AU bis

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06BF Quartal 1 1 9
Geschlecht W X M



Dr. med. Florentin Thum
Dr. med. Wolfram Deißler
Facharzt f. Allgemeinmedizin
Tropenmedizin
Mörmattenstr. 2
78117 Freiburg
Tel. 0761-63890 Fax 60232
578585600

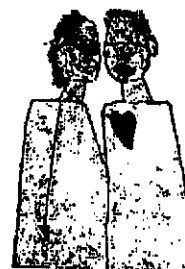
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 5/E (10.2014) KBV-PRF.NR.

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erstellt.

bei weiteren Fragen
bitte Rückruf!

Em



PRAXIS

DR. THUM & DR. DEIBLER

Patientenbogen

Name:

geb. am:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

Vorname:

PLZ und Wohnort:

Beruf:

AOK	LKK	BKK	DRK	VHAK	ABV	Knappschaft
IKK classic						
Name, Vorname des Versicherten Veeser						
Margot				geb. am 05.11.32		
Weismannstr. 3A						
79117 Freiburg im Breisg						
Ressort-Nr. 107202793		Versicherten-Nr. N469500828		Datum 5000000		
Versicherung-Nr. 578585600		VK gültig bis 333301301		Datum		

Krankenkasse:

- falls abweichend, Rechnungsempfänger (mit Adresse):

Hiermit erkläre Ich, dass meine oben angegebenen Daten stimmen.

Freiburg, den

Unterschrift

☐ Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass mich die Praxis Dres. Thum/ Deibler an regelmäßig wiederkehrende Kontrolltermine* schriftlich, telefonisch oder per Mail erinnern darf.

(* Krebs- und Herzkreislaufkontrolle, Hautkrebsvorsorge, Check, Impfungen oder andere vereinbarte Kontrollen wie Blutdruckmessung, Ultraschalluntersuchungen oder bestimmte Laboruntersuchungen)

☒ Ich bin damit einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet und Befunde (z. B. auch Laborwerte) per Fax oder E-Mail an Arztkollegen/Innen/ Leistungserbringer oder mich selbst weiter übermittelt bzw. angefordert werden dürfen.

☐ Hiermit erkläre Ich mein Einverständnis zu den reisemedizinischen Leistungen und werde die anfallenden Kosten (Beratung, Impfleistung) übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass Ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Weiterhin wurde mir ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

Freiburg, den

24.01.19

Unterschrift

1.A.