



**Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz**

Hegau-Bodensee-Klinikum – 78221 Singen

I. MEDIZINISCHE KLINIK SINGEN
Kardiologie - Intensivmedizin
Innere Medizin - Diabeteszentrum

Herrn
Dr. med. Thomas Dambacher
Gemeinschaftspraxis Dres.med.Dambacher u. Krbek-Weingarten
Böhringer Str. 50
78315 Radolfzell

Chefarzt Priv.-Doz Dr. med. Marc Kollum
Chefarzt Dr. med. Sebastian Jung

Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Virchowstraße 10, 78224 Singen

1.med.si@glkn.de

Datum: 26. Juni 2024\LumM

Patient: Graf, Oskar, geb. 30.03.1955
Untertorstr. 2, 78315 Radolfzell am Bodensee

Sekretariat I. Medizinische Klinik
Frau Sonst
Tel.: 07731 89-2600, Fax: -2605
E-Mail: 1.med.si@glkn.de

Sekretariat Elektrophysiologie
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Asbach
Frau Kühlmann
Tel.: 07731 89-2608, Fax: -2609
E-Mail: ep@glkn.de

**Sekretariat allg. Innere Medizin und
Diabeteszentrum**
Dr. Sebastian Jung
Hr. Marco Zinsmaier
Frau Hammer
Tel. 07731 89-2630, Fax: -2635
E-Mail: annett.hammer@glkn.de

Akute Aufnahmen
Chest Pain Unit (CPU)
Tel.: 07731 89-2666
Zentrale Notaufnahme
Tel.: 07731 89-3112, Fax: -3155

Normalstationen
Station S21
Pflegestützpunkt
Tel.: 07731 89-2640

Station S31
Pflegestützpunkt
Tel.: 07731 89-2650

Prä-stationäre Ambulanz
Tel.: 07731 89-2686

Archiv Medizinische Klinik
Tel.: 07731 89-2603, Fax: -2605



Vorläufiger Arztbrief

Sehr geehrter Herr Kollege Dambacher,

wir berichten Ihnen über oben genannten Patienten, der sich vom 20.6.2024 bis zum 26.6.2024 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

- **Abgelaufener NSTEMI inferior (Myokardinfarkt Typ 1) bei ED koroner 3-Gefäßekarknung**
 - Koronarangiographie vom 25.6.2024: PTCA/DES der RCA3
- **Mikrozytäre, hypochrome Anämie**
 - Gastroskopie vom 21.6.2024: Große axiale Hernie mit Refluxzeichen
 - Koloskopie vom 21.6.2024: Divertikulose ohne Lumeneinengung im Sigma. Einzelne kleine Polypen im rechten Hemikolon
 - Keine Blutungszeichen.
 - aktuell 7,7 g/dl
 - extern 9/23 Hb 15,5 g/dl
 - IFOB negativ
 - Laborchemisch ausgeprägter Eisenmangel
- **Ausgeprägter Nachtschweiß, gewollter Gewichtsverlust**

Vorerkrankungen:

- COPD
- Extrasystolen
- Perineusläsion links nach Bandscheibenvorfall, ausgeprägtes Schmerzsyn-
recess

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz
Hegau-Bodensee-Klinikum GmbH
Virchowstr. 10 - 78224 Singen

Geschäftsführer:
Dipl.-Volksw. Bernd Sieber

Sitz: Singen
Registergericht: Freiburg, HRB 708854
Tel.: 07731 89-0, Fax: -1505
info@glkn.de - www.glkn.de

Sparkasse Hegau-Bodensee
IBAN: DE13 6925 0035 0003 0500 51
BIC: SOLADES1SNG
IK-Nr. 260831551
St.-Nr. 18158/00956

drom

Einweisungsgrund:

NSTEMI

Anamnese:

Der Patient berichtet in den letzten Tagen vermehrt Schmerzattacken des rechten Fußes gehabt zu haben. Dies habe er seit einem Bandscheiben Vorfall vor ein paar Jahren. Deshalb habe er sich bei einem befreundeten Hausärztin vorgestellt. Diese habe ihn untersucht, empfohlen die Schmerzmedikamente zu erhöhen und eine Labordiagnostik gemacht, hierbei sei eine ausgeprägte Blutarmut aufgefallen. Deshalb habe er sich heute beim eigentlichen Hausarzt Dr. Dambacher vorgestellt, dieser hat den Patienten Sinusarrest dek. Herzinsuffizienz und Nierenversagen uns überwiesen. Der Patient sei am Freitag und am Samstag sehr stark kurzatmig gewesen beim Treppensteigen. Brustschmerzen werden verneint, auch ein thorakaler Druck im engeren Sinne wird verneint. Teerstuhl habe er nicht gehabt, OPs haben nicht stattgefunden, Sodbrennen sei nicht erinnerlich die letzte Gastroskopie und Koloskopie sei vor 11 Jahren erfolgt. damals wohl nicht vollständig abgeführt und deshalb eingeschränkte Beurteilbarkeit des Darmes.

Nachanamnese: keine besondere Ernährung

Aufnahmemedikation:

Atorvastatin 40 mg	0-0-1
Nebivolol 5 mg	1-0-0
Candesartan 16 mg	0-0-1
Amlodipin 10 mg	0-0-1
Chlortalidon 25 mg	1-0-0
Gabapentin 300 mg	0-0-1
Tilidin 50/4 mg	0-0-1

Untersuchungsbefund:

Kardiovaskulär: HT rhythmisch, rein, keine zusätzlichen HT, keine pathologischen HG, **Abdomen:** Bauchdecken weich, tief palpabel, DG regelrecht, keine AWS, kein Spontan- oder Druckschmerz, keine Resistenzen. Nierenlager Bds. kein Klopfeschmerz, **Rektaluntersuchung:** keine tastbare RF, IFOB negativ, hellbrauner Stuhl am Fingerling, **Lunge:** Seitengleich belüftet; normaler Klopfeschall, vesikuläres Atemgeräusch, keine pathologischen Nebengeräusche.

Befunde: siehe Anhang.

Zusammenfassender Verlauf und Beurteilung:

Vorstellung mit Anämie bei o. g. Anamnese. Laborchemisch zeigte sich die bekannte ausgeprägte Anämie. Hier als mikrozytäre hypochrome Anämie. Außerdem zeigte sich laborchemisch eine deutliche Erhöhung des Troponinwertes.

Eine Gastroskopie zeigte sich eine große axiale Hernie mit Refluxzeichen, als eine mögliche Erklärung für die Anämie, hier wurde eine PPI-Therapie mit Pantoprazol angesetzt. Koloskopisch ergab sich eine Divertikulose ohne Lumeneinengung im Sigma, sowie einzelne kleine Polypen im rechten Hemikolon. Zur weiteren Abklärung wurde eine Kapselendoskopie empfohlen. Koloskopie zur Polypektomie im Verlauf bei niedergelassenen gastroenterologen möglich (In 6-12 Monaten).

Echokardiographisch zeigt eine leichtgradig red. LVEF mit Hypokinesie Inferior, sowie geringe diastolische Dysfunktion.

Fortsetzung Arztbrief Graf, Oskar (geb. am 30.3.1955)

In der Koronarangiographie zeigten sich Hinweise für abgelaufener NSTEMI inferior (Myokardinfarkt Typ 1) bei Erstdiagnose koronarer 3-Gefäßkrankung, mit 50-75%-ige RD1-Abgangstenose und 70%-ige RIM-Stenose. Hier erfolgte eine PTCA/DES der RCA3. Postinterventionell Einstichstelle war reizlos, pDMS intakt.

Am 26.6.204 konnte Herr Graf in gutem Allgemeinzustand in Ihre geschätzte ambulante Weiterbehandlung in entlassen werden.

Therapieempfehlung:

Wirkstoff und Dosierung	Einnahmeschema	Bemerkung
Atorvastatin 40 mg	0-0-1	
Nebivolol 5 mg	1-0-0	
Candesartan 16 mg	0-0-1	
Amlodipin 10 mg	0-0-1	
Chlortalidon 25 mg	1-0-0	
Gabapentin 300 mg	0-0-1	
Tilidin 50/4 mg	0-0-1	
Pantoprazol 40mg	1-0-0	Neu
ASS 100 mg	1-0-0	Neu
Prasugrel 10 mg	1-0-0	Neu

Selbstverständlich können auch bioäquivalente Präparate anderer Hersteller verwendet werden

Procedere:

- **Wiedervorstellung:** Termin zur Kapselendoskopie Aufklärung am 5.7.2024 um 8:00 Uhr (Hier bitte mit Einweisungsschein vom Gastroenterologe)
- Prasugrel für 12 Monate, ASS lebenslang
- Jährliche kardiologische Verlaufskontrollen empfohlen
- Regelmäßige Kontrollen der Elektrolyte, Nierenfunktionsparameter sowie des Körpergewichts

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Priv.-Doz. Dr. med. M. Kollum
Chefarzt der I. Medizinischen Klinik
Singen
Ärztlicher Leiter Kardiologie im GLKN

Dr. med. W. Hornung
Oberarzt

M. Lumi
Stationsarzt

T. Kuhnert
PJ

Dieser Brief wurde elektronisch erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig.

Anhang:

EKG (bei Aufnahme):

Sinusrhythmus, nf 93 bpm, R/S-Umschlag V2 V3, Indifferenztyp, keine signifikanten ERBS inklusive Hinterwand. Einzelne Extrasystolen.

Gastroskopie vom 21.06.2024:

Beurteilung: Große axiale Hernie mit Refluxzeichen. (Eine mögliche Erklärung für die Anämie)

Fortsetzung Arztbrief Graf, Oskar (geb. am 30.3.1955)

Keine Blutungszeichen.

Empfehlung: PPI für 4 Wochen 1x tgl.

Koloskopie vom 21.06.2024:

Beurteilung: Divertikulose ohne Lumeneinengung im Sigma.

Einzelne kleine Polypen im rechten Hemikolon (Bei Anämie und Restverschmutzung belassen).

Empfehlung: Kapselendoskopie im Verlauf möglich. Koloskopie zur Polypektomie im Verlauf bei niedergelassenen gastroenterologen möglich (In 6-12 Monaten).

Transthorakale-Echocardiographie (TTE) vom 24.06.2024:

Zusammenfassung: Rhythmus: Sinusrhythmus HF 86 /min Schallbedingungen: gut

Befund: Linker Ventrikel: global geringgradig reduzierte systolische Funktion, regionale Wandbewegungsstörungen nicht beurteilt, normale diastolische Funktion, normale Wanddicke (IVS 1 cm, HW 0,8 cm), LVEDd normal (LVEDD: 6,2 cm), LVEsD normal (LVEsD: 5,2 cm).

Rechter Ventrikel: normale Wanddicke, global normale systolische Funktion (TAPSE: 21 mm), normal.

Linker Vorhof: normal (LA: 4,5 cm).

Rechter Vorhof: normal.

Aortenklappe: trikuspid,

sklerosiert, keine Stenose (Vmax: 2 m/s; MaxPG: 16 mmHg), keine Insuffizienz.

Mitralklappe: normal, keine Stenose, geringgradige Insuffizienz, Ring zart.

Trikuspidalklappe: normal, keine Stenose, keine Insuffizienz. Ring zart, rechtsventrikulärer systolischer Druck nicht bestimmbar.

Perikard: zart; kein Perikarderguss.

Aortenwurzel und Aorta ascendens, soweit transthorakal einsehbar, nicht dilatiert.

Beurteilung: Leichtgradig red. LVEF mit Hypokinesie Inferior, geringe diastolische Dysfunktion, Sklerose der Aortenklappe

Vmax mit 2,1m/s grenzwertig als Zeichen einer beginnende Stenosierung

HKL Koronarangiographie ggf. PCI vom 25.06.2024:

Untersuchungstyp: Einzeitig Koronarangiographie und PCI

Kontrastmittel: 200,00ml

Iohexol (Accupaque 350)

Gesamtdosis: 2108,00 cGy*cm²

DL-Dauer: 13,00 min.

Punktionsort: Arteria radialis rechts

Koronarangiographie: Abgelaufener NSTEMI inferior (Myokardinfarkt Typ 1) bei ED koronerer 3-

Gefäßbarknung - WUR der LAD; 50-75%-ige RD1-Abgangstenose - 70%-ige RIM-Stenose; sonst WUR der LCX - 25%-ige RCA1-Stenose; filiforme RCA3-Stenose (Culprit Läsion)

Koronarintervention: PTCA/DES der RCA3 (Synsiro 3.0 x 15 mm)

Therapieempfehlung: Verlegung des Patienten auf Normalstation. ASS (1 x 100mg) dauerhaft, zusätzlich Prasugrel (1 x 10mg) für 1 Jahr. Bezüglich der Koronarien ist ein medikamentös konservatives Prozedere empfohlen. Verschluss mit TR-Band (Arteria radialis rechts). TR-Band bis 17:00 Uhr, Lockerung eine Stunde vorher.

Intervention: Ein Stentausweis wurde ausgehändigt.

Labor:

Zentrallabor:

Bezeichnung	20.06.24	20.06.24	21.06.24	22.06.24	24.06.24	25.06.24	Einheit	Normbereich
	13:53	16:29	08:43	07:39	07:09	06:45		
manuelle Eingaben								
Versand nach extern		versandt						
Versandmaterial		MRSA					Anzahl / Art	
Blutbild								

Leukozyten	5.0		5.1	5.5	4.7	4.9	10 ³ /μl	3,80-8,76
Erythrozyten	3.32*		3.60*	3.67*	3.59*	4.03*	10 ⁶ /μl	4,5-5,9
Hämoglobin	7.1*		7.6*	7.8*	7.5*	8.5*	g/dl	13,2-16,6
Hämatokrit	23.2*		26.3*	26.2*	25.5*	29.4*	%	36-48
MCH (HbE)	21.4*		21.1*	21.3*	20.9*	21.1*	pg	25,9-30,8
MCHC	30.6		28.9*	29.8	29.4	28.9*	g/dl	29,3-34,8
Eryt-Verteilungsbreite Standardabw.	40.4		41.5	40.5	41.0	42.1	fL	36,3-47,3
Eryt-Verteilungsbreite VK	16*		16*	16*	17*	17*	%	11,2-13,4
MCV	70*		73*	71*	71*	73*	fL	86,0-100,1
Thrombozyten	241		258	243	228	243	10 ³ /μl	173-360
Lymphozyten Automat	19.6*						%	23,6-48,0
Monozyten Automat	10.4*						%	4,8-10,2
Eosinophile Automat	0.6*						%	0,8-5,5
Basophile Automat	0.6						%	0,4-1,4
Neutrophile Automat	68.8*						%	40,1-67,0
Unreife Granulozyten	0.02						10 ³ /μl	0,01-0,03
Verhältnis IG zu Leuko	0.4						%	0,17-0,61
NRBC%	0.0		0.0	0.2*	0.0	0.0	%	0-0,0
Neutrophile absolut #	3.45						10 ³ /μl	1,65-4,97
Lymphozyten absolut #	0.98*						10 ³ /μl	1,17-3,17
Monozyten absolut #	0.520						10 ³ /μl	0,23-0,68
Eosinophile absolut #	0.030*						10 ³ /μl	0,05-0,32
Klinische Chemie								
Hämolytisch	8		4*					5-1200
Ikterisch	0.0*		0.0*					0,5-60,0
Lipämisch	2*		7*					10 - 2000
Natrium	140		141				mmol/l	132-146
Kalium	4.2		4.4				mmol/l	3,5 - 5,5
Calcium	2.24						mmol/l	2,08-2,65
Kreatinin	0.90		0.96				mg/dl	0,7-1,2
GFR	89		82					
Stadium	s.Text		s.Text					
Harnstoff	29						mg/dl	19-49
Harnsäure	7.5						mg/dl	3,7-9,2
Bilirubin, gesamt	<0,15*						mg/dl	0,3-1,2
GOT 37°C	23						U/l/37 C	< 35
GPT 37°C	20						U/l/37 C	< 45
Alk. Phosphatase	69						U/l/37 C	46-116
Lipase 37°C	31						U/l	6 - 51
GGT 37°C	19						U/l/37 C	< 55
LDH 37°C	195						U/l	80-248
CK 37°C	206*		158				U/l/37 C	46 - 171
CK-MB	17.4		16.7				U/l	< 25
LDL Cholesterin enzymat.			117.00				mg/dl	100-129
Glucose (Serum)	94						mg/dl	74 -106 nü
CRP	<0,06		0.05				mg/dl	0,0-0,5
Troponin T hoch sensitiv	0.215*						ng/ml	<0,012
Gerinnung								
Quick	86.0						%	70-130
INR	1.11							0,80-1,20
PTT	27.8						sec.	25,7-31,5
Schilddrüse								
TSH	1.73						μIU/ml	0,27-4,20
Proteindiagnostik								
Haptoglobin	143						mg/dl	30-200
Sonstiges								
Folsäure	4.97						ng/ml	3,80-16,00
Vitamin B12	373						pg/ml	211-911
Eisen	0.6*						μmol/l	11,6-31,3
Ferritin	5*						ng/ml	22-322
HbA1c			5.77				%	4,8-5,9
HbA1c nach IFCC			40				mmol/mol	
Transferrin	384*						mg/dl	200-360
Transferrin-Sättigung	1*						%	16,0-45,0

Fortsetzung Arztbrief Graf, Oskar (geb. am 30.3.1955)

Beurteilung: Große axiale Hernie mit Refluxzeichen. (Eine mögliche Erklärung für die Anämie)
Keine Blutungszeichen.

Empfehlung: PPI für 4 Wochen 1x tgl.

Beurteilung: Divertikulose ohne Lumeneinengung im Sigma.

Einzelne kleine Polypen im rechten Hemikolon (Bei Anämie und Restverschmutzung belassen).

Empfehlung: Kapselendoskopie im Verlauf möglich. Koloskopie zur Polypektomie im Verlauf bei niedergelassenen gastroenterologen möglich (In 6-12 Monaten).

Beurteilung: Leichtgradig red. LVEF mit Hypokinesie Inferior, geringe diastolische Dysfunktion, Sklerose der Aortenklappe

Vmax mit 2,1m/s grenzwertig als Zeichen einer beginnenden Stenosierung

Koronarangiographie: Abgelaufener NSTEMI inferior (Myokardinfarkt Typ 1) bei ED koronarer 3-Gefäßbetrunkung - WUR der LAD; 50-75%-ige RD1-Abgangstenose - 70%-ige RIM-Stenose; sonst WUR der LCX - 25%-ige RCA1-Stenose; filiforme RCA3-Stenose (Culprit Läsion)

Koronarintervention: PTCA/DES der RCA3 (Synsiro 3.0 x 15 mm)

Therapieempfehlung: Verlegung des Patienten auf Normalstation. ASS (1 x 100mg) dauerhaft, zusätzlich Prasugrel (1 x 10mg) für 1 Jahr. Bezüglich der Koronarien ist ein medikamentös konservatives Prozedere empfohlen. Verschluss mit TR-Band (Arteria radialis rechts). TR-Band bis 17:00 Uhr, Lockerung eine Stunde vorher.

Konsile:

CPU Arzt: Troponin im Rahmen der Anämie ausreichend erklärt, Anämieabklärung führend, Aufnahme auf IMC.

Sinusalrrest dek. Herzinsuffizienz und Nierenversagen

Sinusalrrest dek. Herzinsuffizienz und Nierenversagen

Sinusalrrest dek. Herzinsuffizienz und Nierenversagen

Sinusalrrest dek. Herzinsuffizienz und Nierenversagen

Nachrichtlich an:

Herrn Oskar Graf, Untertorstr. 2, 78315 Radolfzell am Bodensee



**Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz**

Hegau-Bodensee-Klinikum – 78221 Singen

I. MEDIZINISCHE KLINIK SINGEN
Kardiologie - Intensivmedizin
Innere Medizin - Diabeteszentrum

Chefarzt Priv.-Doz Dr. med. Marc Kollum
Chefarzt Dr. med. Sebastian Jung

Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Virchowstraße 10, 78224 Singen

1.med.si@glkn.de

Datum: 26. Juni 2024

Patient: Graf, Oskar, geb. 30.03.1955
Untertorstr. 2, 78315 Radolfzell am Bodensee

PATIENTENINFORMATION

Empfohlene Medikation:

Wirkstoff und Dosierung	Einnahmeschema	Bemerkung
Atorvastatin 40 mg	0-0-1	
Nebivolol 5 mg	1-0-0	
Candesartan 16 mg	0-0-1	
Amlodipin 10 mg	0-0-1	
Chlortalidon 25 mg	1-0-0	
Gabapentin 300 mg	0-0-1	
Tilidin 50/4 mg	0-0-1	
Pantoprazol 40mg	1-0-0	Neu
ASS 100 mg	1-0-0	Neu
Prasugrel 10 mg	1-0-0	Neu

Selbstverständlich können bioäquivalente Präparate verschiedener Hersteller verwendet werden.

Wichtige Termine:

- **Wiedervorstellung:** Termin zur Kapselendoskopie Aufklärung am 5.7.2024 um 8:00 Uhr (Hier bitte mit Einweisungsschein vom Gastroenterologe)

Ansprechpartner:

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz
Hegau-Bodensee-Klinikum GmbH
Virchowstr. 10 - 78224 Singen

Geschäftsführer:
Dipl.-Volksw. Bernd Sieber

Sitz: Singen
Registergericht: Freiburg, HRB 708854
Tel.: 07731 89-0, Fax: -1505
info@glkn.de - www.glkn.de

Sparkasse Hegau-Bodensee
IBAN: DE13 6925 0035 0003 0500 51
BIC: SOLADES1SNG
IK-Nr. 260831551
St.-Nr. 18158/00956