

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

Fachklinik und Moorbad Bad Freienwalde
Gesundbrunnenstraße 33
16259 Bad Freienwalde GmbH

tra

Entlassungsbericht

des Patienten **Schulz, Ernst-Wolfgang**, geb. am 06.10.1944,
wohnhaft: Lange Wiese 24 // Altranft, 16259 Bad Freienwalde
der sich vom **06.11.2017 - 25.11.2017** in unserer Einrichtung
zur stationären Rehabilitationsmaßnahme befand.

Diagnosen

Diagn.-Nr.

- | | |
|--|--------|
| 1. Rückläufige Bewegungseinschränkung b. Z.n. transossärer Refixation der Sehne des M. quadriceps femoris li. (Knie-Bereich)06.06.2017 | S76.1 |
| 2. Koronare Dreifäßerkrankung mit Z.n. Stentimplantation, Bypassoperation und NSTEMI | I21.4 |
| 3. Mitralklappeninsuffizienz II° | I34.0 |
| 4. Trikuspidalklappeninsuffizienz II° | I36.9 |
| 5. Mittelgradige pulmonale Ruhedhypertonie | I27.28 |
| 6. Schrittmacherimplantation 2007 bei Sick-Sinus-Syndrom, Aggregatwechsel 21.09.16 | I49.5 |
| 7. Diabetes mell. Typ 2 | E11.90 |
| 8. Hypothyreose bei Z.n. Strumaresektion 1996 (substituiert) | E03.2 |
| 9. Z.n Bandscheibenvorfall L4/ 5 OP 2007 | M51.1+ |
| 10. Z.n. operativer Versorgung wegen Verschluss und Stenose der A. carotis rechts 2002 und links 2003 | I65.2 |
| 11. Chronische Nierenerkrankung Stadium III | N18.3 |

1. Anamnese

1.1. Jetzige Beschwerden

Zum Aufnahmezeitpunkt gab der Pat. an, dass er nur minimale Schmerzen im OP-Bereich des li. Knies verspüre und diese treten bei Belastung (Laufen) auf und stellen sich als ein Brennen dar.

Der Pat. klagt auch über ein kraftloses Gefühl im li. Kniestrecker. Zum Aufnahmezeitpunkt klagt Herr Schulz auch über Schmerzen in den Handgelenken bds. und in den Daumengrundgelenken bds.

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

1.2. Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

2003 stürzte der Pat. in der Häuslichkeit mit anschließenden Schmerzen im li. Kniegelenk und Oberschenkel. Bei der Untersuchung wurde ein Partialriss des M. quadriceps femoris li. festgestellt. Es erfolgte keine Behandlung. Vier Tage später, ebenfalls zu Hause, verstärkten sich die Beschwerden noch beim Knien und Hinsetzen. Die Muskulatur des li. Oberschenkels „verhielt sich komisch“. In der Notaufnahme stellte man einen Komplettreiss eines Teils des M. quadriceps femoris li. fest. Die Kniestreckung wies noch genug Kraft auf (Anamnestic, Bericht des Pat.). Herr Schulz wurde konservativ behandelt und war beschwerdefrei bis zum Mai 2017. Nach einem Sturz in der Häuslichkeit traten unerträgliche Schmerzen im li. Kniegelenk und Oberschenkel auf. Über die Rettungsstelle wurde er stationär im Werner-Forßmann-Krankenhaus Eberswalde aufgenommen. Auf Grund der doppelten Antikoagulation war eine operative Versorgung der Quadriceps-Sehnenruptur nicht sofort möglich. Eine MRT kam auf Grund des Herzschrittmachers nicht in Frage. Es wurde eine Sonographie des li. Oberschenkels stationär durchgeführt, bei der sich eine deutliche Ruptur der Quadriceps-Sehne li. zeigte.

Am 06.06.2017 wurde eine OP durchgeführt: Revision und Refixation. Stat. Aufenthalt vom 26.05.2017 – 17.06.2017 mit anschließender Entlassung in die Häuslichkeit.

Der p.o. Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Es folgte p.o. in der Häuslichkeit ein weiterer Sturz (beim Aufstehen rutschte der Stuhl weg), Herr Schulz verspürte wieder Schmerzen im li. Knie. Die festgestellte Teilruptur wurde nur konservativ stationär behandelt (anfänglicher V.a. Re-Ruptur der Quadriceps-Sehne bestätigte sich nicht). Es bestand eine leichte Schwellung suprapatellar.

Die Aufnahme in unserer Einrichtung erfolgt als HV und wurde durch den behandelnden Unfallchirurgen beantragt.

Aufnahmemedikation:

Amlodipin besilat 5	1 – 0 – 0 – 0
ASS 50	0 – 0 – 0 – 1
Brillique 90	1 – 0 – 1 – 0
Candesartan 16	1 – 0 – 0 – 0
Januvia 100	1 – 0 – 0 – 0
L-Thyroxin 100 µg	1 – 0 – 0 – 0
Metropololtartrat 100	1 – 0 – 1 – 0
Pantoprazol 20	1 – 0 – 0 – 0
Pentalong 50	1 – 0 – 1 – 0
Simvastatin 80	0 – 0 – 0 – ½
HCT 25	½ – 0 – 0 – 0
Novaminsulfon 500	1 – 1 – 1 – 0
Oxycodon 10	1 – 0 – 1 – 0
Nitrolingualspray	bei Bedarf
Diazepam 10 mg/ ml	bei Bedarf
Nifedipin 20 mg/ ml	10° bei Bedarf

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

1.3. Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Die o.g. Diagnosen.

1.4. Vegetative Anamnese

Schlaf ist mäßig, Stuhlgang und Miktion sind regelmäßig und normal. 1 – 2 x Nykturie.

Allergien: Kontrastmittel, Jod und Tierhaare.

Alkohol und Nikotin werden negiert.

Koffein: Nicht mehr als 2 Tassen Kaffee pro Tag.

Konstantes Gewichtsverhalten, keine Inappetenz, kein patholog. Schwitzen.

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Der Pat. ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und lebt mit seiner Frau in einem Zweipersonenhaushalt in einem Einfamilienhaus. Es müssen im Haus 12 Stufen überwunden werden.

GdB: 50, kein Pflegegrad.

Orthopädische Hilfsmittel: Zwei UAG und Knieorthese.

Sicherung des Lebensunterhaltes durch Rentenbezug.

2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Der Pat. ist Altersrentner.

2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

In der Klinik war der Pat. ohne Hilfsmittel in einem hinkenden Gangbild mobil.

Die Gehstrecke beträgt bis zu einem Kilometer, danach beginnen Schmerzen im Kniegelenk. Sitzen, Stehen und Liegen sind problemlos möglich, Treppensteigen geschieht langsam und im Nachstellschritt mit Festhalten am Geländer.

Die Wegefähigkeit ist nicht in Ordnung, eine Beugung ist nicht möglich, ebenso Knien und Hocken.

Die ADL werden mit Hilfe der Familie ausgeführt.

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

3.1. Allgemeiner körperlicher Befund

Aufnahmebefund

73-jähriger Patient in gutem AZ und EZ (176 cm, 76 kg)

Kopf und Hals: Klinisch unauffällig.

Cor und Pulmo: Auskultatorisch unauffällig, Herzaktion rhythmisch, normofrequent.

RR: 120/ 70 mm Hg

Puls: 60/ min

Abdomen: Palpatorisch unauffällig.

Pulsstatus: Regelrecht.

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

3.2. Allgemeiner psychischer Befund

Unauffällig.

3.3. Fachspezifischer Befund

Bewegungsapparat:

Aufrechte Körperhaltung bei Schultergleich- und Beckengeradstand. Normaler WS-Aufbau in der Seitenansicht. Physiologische WS-Krümmungen.

HWS:

Kein Klopff-, Druck- oder Stauchungsschmerz über den Dornfortsätzen, paravertebraler Muskeltonus ist erhöht, ohne Druckdolenz.

Bewegungsmaße: Altersentsprechend schmerzfrei beweglich in allen Ebenen.

BWS, LWS und Becken:

Kein Klopff-, Druck- oder Stauchungsschmerz über den Dornfortsätzen, paravertebraler Muskeltonus ist erhöht, ohne Druckdolenz.

ISG bds. regelrecht.

Vor-/Rückbeuge: 100/0/10

Seitneige re.-li.: 30/0/30

Untere Extremitäten:

Hüftgelenke bds.:

Altersentsprechend beweglich mit leichten Funktionsschmerzen bds.

Kniegelenk re.:

Schmerzfrei beweglich in allen Ebenen mit voller Beweglichkeit.

Ext./Flex.: 0/0/130

Kniegelenk li.:

Druckschmerzen, leichte Schwellung des Kniegelenkes ohne Erguss. Begrenzte Beweglichkeit. Kniestreckerschwäche Kraftgrad 3/ 5 nach Janda.

Ext./Flex.: 0/0/80 mit starken Schmerzen bei der Beugung.

Die p.o. Narbe ist reizlos und ohne Restverschorfung.

Fuß- und Sprunggelenke inkl. Zehen bds.:

Altersentsprechend schmerzfrei beweglich in allen Ebenen.

Umfangsdifferenzen der unteren Extremitäten in cm links:

10 cm oberhalb des med. KGSP - 2 cm

Kniescheibenmitte + 2 cm

15 cm unterhalb des med. KGSP - 1 cm

Kein Beinlängenunterschied.

Obere Extremitäten:

Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke bds.:

Altersentsprechend schmerzfrei beweglich in allen Ebenen ohne Angabe von Funktionsschmerzen.

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

Periphere Neurologie:

Fußstreckerchwäche re. residual bei Z.n. Bandscheibenvorfall-OP 2007, nach Janda 4/ 5.
Zehenheberschwächer der Zehen 2, 3, 4, 5 re., ebenfalls bei Z.n. Bandscheibenvorfall-OP
2007, nach Janda 4/ 5.

Ansonsten DMS intakt.

3.4. Diagnostik

Vorbefunde

Aus dem Antrag auf Rehabilitation (Gemeinschaftspraxis Dahn und Fügner, Bad
Freienwalde):

Diagnosen:

Quadrizepssehnenruptur links, Refixation, partielle Re-Ruptur.

Muskuläre Schwäche linkes Bein.

Diagnostik

Laborbefunde vom 07.11.2017:

Nicht im Normbereich lagen: ALAT 0,79 µkat/l, GGT 1,36 µkat/l, Harnstoff 11,20 mmol/l,
Crea 145 µmol/l, Harnsäure 516 µmol/l, Triglyceride 3,09 mmol/l.

Im Normbereich lagen: Hb, Hk, Leuk., Ery, MCH, MCHC, MCV, Thrombozyten, Na, K, Ca.,
Eisen, Phosphat, ASAT, AP, LDH, Gesamt-Eiweiß, C.-reakt Protein 4,2 mg/l (Normbereich: 0
– 5mg/l), Bili ges., Cholesterin.

BZ: 7,7 mmol /l

Laborbefunde vom 14.11.2017:

Nicht im Normbereich lagen: Ca. 2,11 mmol/l, ALAT 0,84 µkat/l, GGT 1,43 µkat/l, Harnstoff
8,16 mmol/l, Crea 131 µmol/l, Harnsäure 494 µmol/l, Triglyceride 4,76 mmol/l.

Im Normbereich lagen: Hb, Hk, Leuk., Ery, MCH, MCHC, MCV, Thrombozyten, Na, K, Eisen,
Phosphat, ASAT, AP, LDH, Gesamt-Eiweiß, C.-reakt Protein 3,8 mg/l (Normbereich: 0 –
5mg/l), Bili ges., Cholesterin.

BZ: 7,5 mmol /l

EKG vom 07.11.2017:

Normofrequenter Sinusrhythmus, Linkstyp, unauffälliges EKG.

EKG vom 10.11.2017:

Normofrequenter Sinusrhythmus, 1 SVES, Linkstyp, QT-Verlängerung. Schrittmacher EKG
mit Wechsel zwischen normofrequenten Schrittmacheraktionen und Eigenaktion.

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

4. Reha-Prozess und Ergebnis

4.1. Individuelle Reha-Ziele

Therapieziele Rehateam und Patient:

- Linderung der Schmerzen, Verbesserung der Beweglichkeit und Kräftigung der gelenkführenden Muskulatur sowie Dehnung verkürzter Muskelgruppen im Bereich des operierten Gelenkes
- Allgemeine körperliche Konditionierung und Erholung

Ziele Rehateam:

- Optimierung des Gangbildes, Stabilisierung der Gangsicherheit und Verlängerung der beschwerdearmen Gehstrecke
- Schulung bezüglich der relevanten Krankheitsbilder und Entwicklung von Krankheitsbewältigungsstrategien durch das Gesundheitstraining
- Information und Anleitung zu adäquatem Sport- und Freizeitverhalten zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationsergebnisses
- Schulung zu Methoden zum Stressabbau

Patientenziele inklusive Fernziele mit Weiterführung der Freizeitaktivitäten wie:

- Spaziergänge von 2 km
- Seniorensport
- Autofahren
- Gartenarbeit
- Selbständige Haushaltsführung und Erhalt der Selbstständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens

4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

Der Pat. erhielt ein diagnose- und befundspezifisches physiotherapeutisches Behandlungsprogramm unter besonderer Berücksichtigung der unter 4.1. genannten Aspekte. Therapieplan und -ziele wurden mit dem Pat. abgesprochen und abgestimmt.

Zur Muskelkräftigung, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit sowie zur allgemeinen körperlichen Konditionierung erhielt Herr Schulz Einzel- und Gruppengymnastik im Turnsaal sowie im Bewegungsbecken für das Kniegelenk, ergänzend verordneten wir eine Einzelgangschule.

Zur Schmerzlinderung und Muskeldetonisierung erhielt der Pat. Moorkneten, Moorpackungen und eine Marnitztherapie.

Im Entspannungstraining konnte das Entspannungsverfahren „Progressive Muskelentspannung“ (nach E. Jacobson) erlernt und trainiert sowie die individuelle Nutzung zur Stress- und Alltagsbewältigung besprochen werden.

Herr Schulz nahm während seines Aufenthaltes Vollkost zu sich.

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

Zum Abbau des lokalen Reizzustandes verordneten wir eine Kryotherapie mit dem Eisakku.

Es wurde ein Training des li. Kniegelenkes auf der Motorschiene verordnet.

Herr Ernst-Wolfgang Schulz erhielt zwei psychologische Einzelgespräche. Er berichtete von seinem Unfall in dessen Folge er sich seine schweren Verletzungen am Bein zugezogen hatte. Zusätzlich belastet sei er aufgrund seiner Herzbeschwerden und vorangegangenen Operationen am Herzen. Außerdem fühlt er sich auch psychisch nicht gesund. Er vermute bei sich selbst Depressionen und eine Demenzdiagnose stehe noch im Raum. Diesbezüglich sei er bei einem Psychiater in Behandlung, welcher ihn auch zu Weiterbehandlung in eine psychosomatische Klinik stationär einweisen wolle. Daher wurde hier auf weitere Diagnostik auf Wunsch des Patienten verzichtet. Insgesamt wirkte Herr Schulz freundlich zugewandt und offen. Orientierungsschwierigkeiten schien er keine zu haben und konnte Begebenheiten in der näheren und weiteren Vergangenheit gut benennen. Seine Kurzzeitgedächtnisleistung schien jedoch leicht vermindert.

Im Verlauf wurde wegen einer bekannten Niereninsuffizienz und der nicht normwertigen Nierenwerte die Medikation mit Simvastatin 80, ½ abends, und HCT 25, ½ morgens, abgesetzt. Herr Schulz erhielt von uns Torasemid 5, 1 x morgens. Oxycodon 10 wurde während des Aufenthaltes stufenweise reduziert. Bei Entlassung nahm Herr Schulz Oxycodon 5, 1 x morgens und sollte dies bis zum 28.11.2017 tun.

Die Thromboembolieprophylaxe mit Brillique 90, 2 x tgl. wurde fortgesetzt und sollte bis 12 Monate nach Stent-Implantation weitergeführt werden. Eine kardiologische Kontrolle erfolgt nach der Reha-Entlassung.

Die im Einzelnen durchgeführten Maßnahmen sind bitte dem Anhang zu entnehmen.

4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

Subjektives Befinden:

Zum Entlassungszeitpunkt gab Herr Schulz an, dass die Schmerzen im operierten li. Kniegelenk im Vergleich zur Aufnahme gleichgeblieben sind und auf der VAS mit 2/ 10 bewertet werden.

Das Instabilitätsgefühl ist immer noch vorhanden, wenn auch leicht gebessert nach langem Laufen oder längerer Belastung. Die Beweglichkeit hat sich gebessert, das Hinken hat nachgelassen und der Pat. benötigt weniger die Unterstützung der UAG.

Die Gehstrecke ist wie bei der Aufnahme eingeschränkt durch die zahlreichen internistischen Krankheiten. Zurzeit beträgt sie ohne UAG ca. einen Kilometer.

In der Klinik war der Pat. ohne Hilfsmittel in einem normalen aber langsamen Gangbild mobil. Treppensteigen gelingt ohne UAG im normalen Schritt über ca. 10 Stufen und ist durch die zahlreichen Herz- und internistischen Krankheiten eingeschränkt.

Herr Schulz war mit den Behandlungsergebnissen und den Rahmenbedingungen der Reha-Maßnahme zufrieden.

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

Objektiver Abschlussbefund:

Bewegungsapparat:

Der Status von Wirbelsäule und oberen Extremitäten entspricht im Wesentlichen dem Aufnahmebefund.

Untere Extremitäten:

Hüftgelenke bds.:

Idem zur Aufnahme.

Kniegelenk re.:

Idem zur Aufnahme.

Kniegelenk li.:

Ext./Flex.: 0/0/90,

bei 90° bestehen leichte Funktionsschmerzen

Kraftgrad der Kniestrecker ist immer noch gemindert: Links 3 +/ 5 nach Janda, rechts 5/ 5.

Sprunggelenke, Füße und Zehen bds.:

Idem zur Aufnahme, ohne Angabe von Funktions- oder Druckschmerzen.

Umfangsdifferenz der unteren Extremitäten in cm: Links

Kniescheibenmitte + 2 cm

Kein Beinlängenunterschied.

Periphere Neurologie:

Idem zur Aufnahme.

Entlassungsmedikation:

Amlodipin besilat 5	1 – 0 – 0 – 0
ASS 50	0 – 0 – 0 – 1
Brillique 90	1 – 0 – 1 – 0
Candesartan 16	1 – 0 – 0 – 0
Januvia 100	1 – 0 – 0 – 0
L-Thyroxin 100 µg	1 – 0 – 0 – 0
Metropololtartrat 100	1 – 0 – 1 – 0
Pantoprazol 20	1 – 0 – 0 – 0
Pentalong 50	1 – 0 – 1 – 0
Novaminsulfon 500	1 – 1 – 1 – 0
Oxycodon 5	1 – 0 – 0 – 0 bis 28.11.2017
Torasemid 5	1 – 0 – 0 – 0 ab 10.11.2017
Nitrolingualspray	bei Bedarf
Diazepam 10 mg/ m	bei Bedarf
Nifedipin 20 mg/ ml	10° bei Bedarf

Patient(Name, Vorname)
Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum
06.10.1944

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung von Teilziffern:

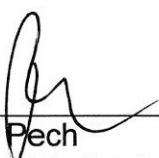
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

Wir empfehlen die Weiterführung der hier erlernten krankengymnastischen Übungen als Hausübungsprogramm sowie die weitere Verordnung von physiotherapeutischen Behandlungen, entsprechend dem aktuellen klinischen Befund.

Kontrolle der nicht normwertigen Laborparameter.

Die UAG sollten bis zur Erlangung eines hink- und schmerzfreien Gangbildes benutzt werden.

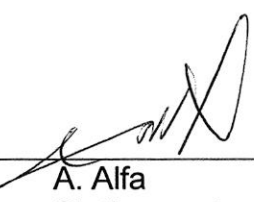
Bad Freienwalde, 06.12.2017



Dr. med. O. Pech
FA für Innere Medizin/
Rheumatologie/
Osteologe DVO/
Sozialmedizin/
Naturheilverfahren
Komm. Chefarzt



W. Wenzel
FA f. Physikalische
und Rehabilitative
Medizin
Oberarzt



A. Alfa
Stationsarzt

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Bereich Reha Bl. 1b

1

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Schulz, Ernst-Wolfgang

Geburtsdatum

0 6 1 0 4 4

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

		KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.	Moorkneten	K 5 6 2	D	0 5
2.	Kryotherapie mit Eisakku	K 5 6 1	C	1 2
3.	Einzel-KG Gelenk (A)	B 5 5 3	D	0 7
4.	Motorschiene Knie Etage 1	B 5 5 3	F	1 8
5.	Bewegungsbecken Kleingr.Knie	B 5 9 3	F	0 3
6.	Ärztliche Beratung	C 5 5 2	C	0 5
7.	Beratungsgespräch zur Nachsorge	D 5 7 9	C	0 1
8.	Gangschule einzeln	B 5 5 3	F	0 1
9.	Einführung in die Rehabilitation	C 6 1 3	L	0 1
10.	Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen	D 5 7 9	C	0 1
11.	Moorpackungen (K)	K 5 6 2	G	0 6
12.	Einweisung Kostformen	C 6 3 2	I	0 1
13.	Sozialrechtl. Beratg.: Teilh.behind. Menschen (GdB	D 5 5 2	F	0 1
14.	Marnitztherapie (K)	K 6 2 0	F	0 4
15.	Psych. Einzelintervention	F 5 5 4	L	0 3
16.	Entspannungstraining	F 6 1 2	L	0 2
17.	Anleitung zur Medikamenteneinnahme	H 6 6 0	C	0 1

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. Z = individuell

Befundempfänger: **Moorbad Station 5** 1367

Name: Schulz
Vorname: Ernst-Wolfgang
Geburtsdatum: 06.10.1944

Krankenhaus
Märkisch-Oderland

Labor Strausberg - Tel: 03341/5222651
Labor Wriezen - Tel: 033456/40372

Auftragsnummer: 010066293300 vom 07.11.2017 / 10:01

Fallnummer: 85049449

Materialeingangsdatum: 07.11.2017 Materialeingangszeit: 10:24

Geb.-Ziffer	Methode	Ergebnis	Einheit	Richtwerte
Hämatologie/EDTA				
3550	Hämoglobin	8.7	mmol/l	8.3 - 11
	Hämatokrit	0.41	l/l	0.4 - 0.54
	Leukozyten	9.9	Gpt/l	3.8 - 10.0
	Erythrozyten	4.71	Tpt/l	4.40 - 5.90
	MCH	1.85	fmol	1.70 - 2.00
	MCHC	21.4	mmol/l	19 - 22.5
	MCV	86.2	fl	82 - 95
	Thrombozyten	173	Gpt/l	135 - 350
Klin.Chemie/Elektrolyte-Serum				
3558	Natrium	141	mmol/l	135 - 145
3557	Kalium	4.60	mmol/l	3.8 - 5.5
3555	Calcium	2.15	mmol/l	2.12 - 2.52
3620	Eisen	11.0	μmol/l	6 - 27
3580.H1	Phosphat	1.34	mmol/l	0.8 - 1.5
Klin.Chemie/Enzyme-Serum				
3595.H1	ALAT	0.79	μkat/l	0,00 - 0.74
3594.H1	ASAT	0.49	μkat/l	0.16 - 0.59
3592.H1	GGT	1.36	μkat/l	0 - 0.92
3587.H1	Alkal.Phosphatase	1.43	μkat/l	0.83 - 2.27
3597.H1	LDH	3.09	μkat/l	1.42 - 3.79
Klin.Chemie/Substrate-Serum				
3573.H1	Gesamteiweiß	68.3	g/l	65 - 85
3584.H1	Harnstoff	11.20	mmol/l	2.5 - 6.4
3585.H1	Creatinin	145	μmol/l	50 - 101
	geschätzte GFR(MDRD)	44.0	ml/min/1.73m ²	> 90
3583.H1	Harnsäure	516	μmol/l	200 - 420
3581.H1	Bilirubin gesamt	4.2	μmol/l	0 - 17
3562.H1	Cholesterin	4.00	mmol/l	0,0 - 5.7
3565.H1	Triglyzeride	3.09	mmol/l	0 - 2.1

B2 7.7 mmol/l