

Kostenübernehmer									
Übernahme Karte anzeigen									
St.	Kürzel	Name	IK-Nr	Versichertennummer	H/N	V-Art	Gültig von	Gültig bis	allg.KH
!	KKH-ALLIANZ	KKH-Allianz Krankenversicherung	102171012	G740550653	H	R			100
!	SELBST	Selbstzahler			N	P			

Kostenübernahmeanzeigen						
Anzeige:						
Anzeigetyp	Druckdatum	Meldung	Gültig von	Zusage bis	Bemerkung	
Entlassung §301	26.07.2024					
Übernahme §301	12.07.2024	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4	08.07.2024			
Aufnahmeanzeige §301	09.07.2024					

Chefarztwahl		
Gültig von	Gültig bis	Vertragsstatus
08.07.2024	20.07.2024	

Person

Nachweisprüfung

nicht überprüft

Anrede

Frau

Name

Brück

Präfix

Pseudonym

Geschlecht

weiblich

Geburtsdatum

09.02.1949

ca. Alter

Keine Angabe

Nationalität

deutsch

Konfession

unbekannt

Auskunftskenwort

Titel

Vorname

Karola

Rufname

Suffix

Geburtsname

Kerschka

Geburtsort

Sozialvers.-Nr.

Familienstand

Polizeilich gemeldet

Auskunft in der Pfortenauskunft unterdrücken

VIP

in der Statistik zählen

Adressarten

Adressart	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	1. Telefonnummer
Erstanschrift	Wittfeldstr. 31	47441 Moers	02841 / 59450

Adresse [Erstanschrift]

Adressart

Erstanschrift

Straße/Hausnr

Wittfeldstr.

Postfach

PLZ/Ort

47441

Moers

C/O

Seniorenstift Bethanien WB 2, Tel. 2114

Ort: Moers

Herrn
Dr. med. A.C. Francu
Bethanienstr. 21
47441 Moers

vorläufiger Arztbrief

Chefarzt
Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0
Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646
Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen: Abe/

Moers, 20.07.2024

Entlassungsbericht

Betrifft: Karola Brück, geb. am 09.02.1949
wohnhaft in Wittfeldstr. 31, 47441 Moers

Sehr geehrter Herr Dr. med. Francu,

vorläufiger Arztbrief

wir berichten über oben genannte Patientin, die sich ab dem 08.07.2024 bis zum 20.07.2024 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

Hypovolämischer Schock bei Gastroenteritis mit schwerem volumenmangel

Akute Vigilanzminderung am ehesten im Rahmen des Schocks

Akut auf chronische NI a.e.prärenal

Hyperglykämie bei bek. DM Typ I

Delir

entgleister Diabetes mellitus Typ 1, ED 1969, HbA1c 9,1 %

- Steatosis hepatis
- Dyslipidämie
- Diabetische Polyneuropathie, Angiopathie, KHK
- Diabetische Retinopathie, Arthropathie, Nephropathie, Gastroparese
- DFS linke Ferse abgeheilt, re. Fuß lat. Fußrand 6 x 3 mm Wagner-Armstrong 1A

vorläufiger Arztbrief

Akut auf chronisches Nierenversagen Stadium 1

chronische Niereninsuffizienz G3bA1
- sekundärer Hyperparathyreoidismus
- Vitamin D Supplementation

bekannte multifaktorielle Gangstörung bei ausgeprägter diabetischer Polyneuropathie und chronischer vaskulärer Leukenzephalopathie

ger Arztbrief

Allergie: Kontrastmittel- und Nickelsulfat-Allergie

Weitere frühere Diagnosen:

Diabetisches Fußsyndrom Wagner-Armstrong 2 B Ferse links

Charcot-Fuß beidseits, jetzt inaktiv
- Zustand nach Arthrodese im D II und III Tarsometatarsalgelenk
- Maßschuhversorgung

chronische Niereninsuffizienz G3bA1

Steatosis hepatis, Verdacht auf kleine Hämangiom im rechten Leberlappen 02/22

Multiple Kolonpolypen, Koprostate 03/2021

Koronare Zweigefäßerkrankung mit Z. n. NSTEMI 08/2023

paroxysmales VHF
- OAK Therapie

vorläufiger Arztbrief

Leichtgradiges Schlafapnoesyndrom (RDI 16,6/h) mit hohem Anteil an Hypopnoen
- 09/2008 Einleitung einer nAPAP-Therapie

Zustand nach Splenektomie 07/2015

Einzelne Nierenzyste rechtsseitig
Beginnenden Schrumpfgallenblase
Fibromyalgie
Hyperurikämie
Subst. Hypothyreose

Kleine kalzifizierte arteriosklerotische Plaques in beiden Bulbi, ACI und ACE

Anamnese:

Die Vorstellung der zentralen Notaufnahme erfolgte in Begleitung des Rettungsdienstes bei Vigilanzminderung unklarer Genese. Fremdanamnestisch wurde berichtet dass die Patientin heute Morgen 10 Einheiten kurzwirksames Insulin erhielt vor dem Essen. Es erfolgte daraufhin eine akute Vigilanzminderung. Das gemessene Blutzucker lag bei ca. 320 mg/dl. Die Patientin sei beim Eintreffen des Rettungsdienstes auf Schmerzreiz erweckbar, bot jedoch rezidivierend Erbrechen. Die Vitalwerte konnten nicht erhoben werden (RR nicht messbar)

Beim Eintreffen der Zentralen war die Patientin soporös, auf Schmerzreiz erweckbar. Die Pupillen waren isocor, lichtreagibel bds. Bei einer ausgeprägten Hypotonie von 57 mmHg erhielt die Patientin 1000 ml Jono und 1 Ampulle Akrinor. Bei der unklaren Vigilanzminderung erfolgte ebenfalls die Antagonisierung mit 1 Ampulle Flumazenil und 1 Ampulle Naloxon.

Abdomensonografisch zeigten sich kein wegweisender Befund. Es erfolgte ebenfalls eine CCT Aufnahme wobei keine ICB oder Apoplex nachweisbar war

Durchgeführte Untersuchungen:

Körperliche Untersuchung:

Pupillen isocor lichtreagibel bds. Miosis

Pulmo vesikuläres Atemgeräusch bds.

Cor rein arrhythmisch

vorläufiger Arztbrief

Abdomen weich kein Druckschmerz keine Abwehrspannung Peristaltik regelrecht

geringe Unterschenkelödeme

Serologie: Kreatinin 2 CK2 160 Glukose 305

EKG Vorhofflimmern, Herzfrequenz 67/min Linkslagetyp T-Negativierung III, V1, keine akuten Erregungsrückbildungsstörung

Abdomensonographie: Eingeschränkt beurteilbar, Meteorismus, kein Aszites, Vena cava inferior nicht adäquat darstellbar, kein Nierenaufstau

CT Schädel, nativ, durchgeführt am 08.07.2024:

Retrobulbärraum frei. Regelrechte Pneumatisation der partiell mit abgebildeten NNH sowie der Mastoidzellen. Unauffällige Darstellung von Kleinhirn, Pons und Hirnstamm. Altersentsprechende Weite der inneren und äußeren Liquorräume. Freie Darstellung der Stammganglien sowie der Capsula interna.

Gesamtbeurteilung:

Unauffälliges altersentsprechendes CCT, insbesondere kein Nachweis einer Blutung.

Kein frisches oder älteres Infarktareal abgrenzbar. Mikroangiopathie.

CT Abdomen, nativ, durchgeführt am 09.07.2024:

Im Bereich der partiell mit abgebildeten unteren Thoraxapertur zeigen sich kleine bilaterale Pleuraergüsse.

Schmaler Aszitesaum perihepatisch. Nativradiologisch keine fokale Leberläsion. Kein Harnaufstau. Pankreasatrophie. Zustand nach Splenektomie.

Im Bereich des GIT zeigen sich flüssigkeitsgefüllte Dünndarmschlingen sowie eine Wandverdickung des Colon descendens und des Colon sigmoideum. Gefäßsklerose.

Nativ erfolgte in Mehrzeilen-Spiraltechnik eine Untersuchung der Abdominalorgane von den Zwerchfellkuppen bis zum Symphysenunterrand. Keine orale Darmkontrastierung. Anhand der Rohdaten erfolgten Bildrekonstruktionen in multiplanaren Ebenen. Die Aufnahmen wurden im Weichteil- und Knochenfenster ausgespielt.

Gesamtbeurteilung:

Gering ausgeprägte Pleuraergüsse beidseits. Enteritis und Kolitiszeichen. Geringe Menge freier Flüssigkeit perihepatisch. Kein Ileus. Kein Nachweis einer Hohlorganperforation.

RÖ Fuß, 2 Ebenen, rechts, durchgeführt am 18.07.2024:

Es liegen zum Vergleich Voraufnahmen vom Juni 2024 vor.

Unverändert Osteoporose. Keine frische Fraktur oder Luxation. Keine Osteolysen. Z. n. Amputation der 2. Zehe, ausreichende Weichteilbedeckung des Köpfchen MFK 2. Z. n. osteosynthetischer Versorgung einer Fraktur im Metatarsophalangealgelenk Digitus 2, das Material unverändert liegend. Kein Materialbruch. Weichteilschwellung am lateralen Fußrand ohne größere Substanzdefekte.

vorläufiger Arztbrief

Transthorakale Echokardiographie Befund ausstehend.

Mikrobiologie:

Mikrobiologischer Befund Urinkultur Nachweis von 10^5 koloniebildende Einheiten/Milliliter. Sensibel

sind Amoxicillin Clavulansäure, Piperacillin/Tazobactam, Cefuroxim, Cefotaxim, Ciprofloxacin.
Nitrofurantoin. Clostridium-difficile-Toxin/Antigen vom 8.7.2024 negativ
Blutkulturen 2 x aerob vom 8.7.2024 kein Keimwachstum
Blutkulturen 2 x anaerob vom 8.7.2024 kein Keimwachstum
Abstrich auf multiresistente gramnegative Stäbchen und vancomycinresistente Enterokokken
negativ. Insbesondere kein Nachweis von E.coli MRGN und ESBL
MRSA Abstrich Nase Rachen vom 16.7.2024 negativ

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	vorläufiger Arztbrief						
			8.7.24 10:53	9.7.24 06:03	10.7.24 07:00	12.7.24 07:21	14.7.24 07:00	18.7.24 11:49	19.7.24 07:39
Auftragsstatus			Endbefund	Endbefund	übermittelt	Endbefund	übermittelt	Endbefund	Endbefund
Leukozyten	3.7 - 9.2	10 ³ /µl	6.8	17.7↑	17.2↑	15.2↑	14.9↑	11.8↑	9.9↑
Erythrozyten	4.0 - 5.2	10 ⁶ /µl	4.1	3.4↓	3.5↓	3.0↓	3.2↓	3.3↓	3.4↓
Hämoglobin	11.8 - 15.2	g/dl	12.3	10.5↓	10.6↓	* 9.2↓	9.6↓	9.9↓	10.1↓
Hämatokrit	37.0 - 46.0	%	36.1↓	29.3↓	30.6↓	26.8↓	28.2↓	29.4↓	30.5↓
MCV	82.5 - 97.4	fl	88.3	85.7	88.2	88.7	89.0	88.3	88.9
MCH	26.8 - 32.6	pg	30.1	30.7	30.5	30.5	30.3	29.7	29.4
MCHC	31.1 - 34.6	g/dl	34.1	35.8↑	34.6	34.3	34.0	33.7	33.1
Verteilungsbreite der Erythrozyten	11.8 - 14.3	%	14.6↑	14.3	14.8↑	14.6↑	15.3↑	15.0↑	15.5↑
Thrombozyten	164 - 369	10 ³ /µl	374↑	336	308	287	311	385↑	380↑
Mittleres Thrombozytenvolumen	9.3 - 12.7	fl	10.80	11.00	10.80	11.90	11.60	11.80	11.60
Erythroblasten		%	0	0	0	0	0	0	0
Unreife Granulozyten	< 0,5	%	0.3						
Unreife Granulozyten abs.	0.01 - 0,07	10 ³ /µl	0.02						
Neut. Granulozyten	43 - 63	%	47.3						
Neut. Granulozyten abs.	1.6 - 5.8	10 ³ /µl	3.2						
Eos. Granulozyten	1.4 - 5.7	%	5.7						
Eos. Granulozyten abs.	0.05 - 0.53	10 ³ /µl	0.39						
Baso. Granulozyten	0.5 - 1.1	%	1.0						
Baso. Granulozyten abs.	0.02 - 0.10	10 ³ /µl	0.07						
Lymphozyten	25 - 40	%	37.1						
Lymphozyten abs.	1.1 - 3.3	10 ³ /µl	2.5						
Monozyten	4 - 9	%	8.9						
Monozyten abs.	0.3 - 0.8	10 ³ /µl	0.61						
Thromboplastinzeit (Quick)	70 - 100	%	68↓	86	102	92	88		
INR			1.14	1.02	0.94	0.99	1.02		
aktivierte partielle Thromboplastinzeit	23.9 - 33.2	sec	28.9	* > 120↑	30.4	37.0↑	33.1		
Natrium	136 - 145	mmol/l	137	140	141	142	146↑	139	140
Kalium	3.4 - 4.5	mmol/l	4.9↑	5.0↑	4.4	3.8	3.7	3.1↓	3.5
Chlorid	98 - 107	mmol/l	100	106	106	104	110↑	98	98
Calcium	2.20 - 2.55	mmol/l	2.40			2.28			
Phosphat	0.81 - 1.45	mmol/l	1.22			0.85			
GOT (AST)	< 35	U/l		30	26	20	23	31	32
GPT (ALT)	< 35	U/l	26	16	13	10	9	10	9
GGT	< 40	U/l	52↑	32	33	32		34	
CK	< 170	U/l	262↑	110	67	45	33		
LDH	< 250	U/l	273↑	177	192	208	202	279↑	245
Lipase	13 - 60	U/l	71↑	18	15	17			
Alkalische Phosphatase	35 - 104	U/l	94					60	
Bilirubin gesamt	0.1 - 1.2	mg/dl						0.2	

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	8.7.24 10:53	9.7.24 06:03	10.7.24 07:00	12.7.24 07:21	14.7.24 07:00	18.7.24 11:49	19.7.24 07:39
Kreatinin	0.50 - 0.90	mg/dl	2.14↑	1.66↑	1.23↑	1.02↑	1.13↑	1.05↑	1.15↑
GFR			22.0	29.9	43.0	53.9	47.7	52.1	46.7
Harnstoff	16.6 - 48.5	mg/dl	134.0↑	114.0↑	61.6↑	47.2	32.7	21.5	20.9
Glukose	82 - 115	mg/dl	305↑	92	169↑	262↑	212↑		
HbA1c	4.8 - 5.9	%	9.6↑						
HbA1c mmol/mol Hb	29 - 42	mmol/mol Hb	81↑						
			vorläufiger Arztbrief						
Gesamteiweiß	6.4 - 8.3	g/dl	7.3	4.9↓	5.6↓	5.0↓	4.7↓		
CRP	< 0.5	mg/dl	0.46	7.97↑	18.40↑	11.00↑	6.79↑	2.39↑	1.84↑
Procalcitonin	< 0.5	ng/ml				* < 0,5			
TSH	0.27 - 4.20	mIU/l	4.380↑						
FT3	3.10 - 6.80	pmol/l	2.38↓						
FT4	12.0 - 22.0	pmol/l	19.60						
Parathormon intakt	15-65	pg/ml	58.1						
Spez. Gewicht im Urin			* !sKomm						
pH im Urin	4.8 - 7.4		* !sKomm						
Leukozyten Urin	< 10	Leu/µl	* !sKomm						
Nitrit im Urin	negativ		* !sKomm						
Protein im Urin	< 10	mg/dl	* !sKomm						
Glucose im Urin	< 30	mg/dl	* !sKomm						
Keton im Urin	< 5	mg/dl	* !sKomm						
UBG im Urin	< 1	mg/dl	* !sKomm						
Bilirubin im Urin	< 0.2	mg/dl	* !sKomm						
Erythrozyten im Urin	< 5	Ery/µl	* !sKomm						

Verlauf und Epikrise:

Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte bei Vigilanzminderung unklarer Genese. Initial Verdachtsdiagnose Hypoglykämie. Bei Aufnahme schläfrig initial nicht erweckbar. Nach Flüssigkeitssubstitution Gabe von hundert Naloxon leichte Besserung der Vigilanz. CT-morphologisch Ausschluss einer akuten Ischämie sowie einer Blutung. Nach Übernahme auf die Intensivstation war die Patientin hämodynamisch instabil, hypoton, kaltschweißig und beklagte Übelkeit.

Nach intensivierter Volumensubstitution besserte sich der Zustand der Patientin rasch. Zudem gab sie an zu Hause bei fehlendem Stuhlgang (seit 5 Tagen) eigenständig Abführmittel eingenommen zu haben. Seit dem heutigen Morgen erbricht sie und hat breiigen Stuhl. Die vorübergehende Kreislaufunterstützung konnte nach intensivierter Volumengabe schnell beendet werden. Stuhlproben wurden bei Durchfällen abgenommen, sind zum jetzigen Zeitpunkt in der mikrobiologischen Untersuchung jedoch ausstehend. Ein diabetisches Konsil zur Optimierung des Insulinplans wurde gestellt.

Die Übernahme der Patientin erfolgte am 9.7.2024 auf unsere intermediate Care. Aufgrund von weiterhin bestehender Unterbauchschmerzen führten wir eine Abdomensonografie durch. Dort zeigte sich deutlich verdickte Darmschlingen sowie verstärkte Peristaltik mit fraglichem partiellen Ileus. In der am selbigen Tag durchgeführten Computertomografie des Abdomens zeigte sich lediglich eine Enteritis/Kolitis. Wir eskalierten die i.v. antibiotische Therapie auf Piperacillin/Tazobactam. Hierunter zeigten sich die Infektparameter regredient. Des Weiteren kam es während des stationären Aufenthalts zu einem exogenen Delir mit Fremdaggessivität und visuellen Halluzinationen, welches wir initial mit Flüssigkeit sowie mit der einmaligen Gabe von Promethazin therapierten. Im weiteren Verlauf stellten wir aufgrund der Fremd- und Eigengefährdung die Indikation zur physischen Fixierung und führten eine kontinuierliche intravenöse Therapie anfangs mit Levomepromazin und später intermittierend mit Haloperidol durch. Hierunter war die Patientin gut führbar, war jedoch zeitlich, örtlich und situativ bei V. a. Delir DD demenzielles Syndrom.

Am 15.7.2024 konnten wir die Patientin kardiopulmonal stabilen Zustand auf Normalstation verlegen. Klinisch erholte sich Frau Brück auf der peripheren Station rasch. Im Verlauf klagte sie keinerlei abdominelle Schmerzen mehr. Die Entzündungswerte waren unter der antibiotischen Therapie gut rückläufig gewesen. Eine leichte Hypokaliämie konnte oral ausgeglichen werden. Der Blutzuckerstoffwechsel ist bekanntermaßen nicht stabil. Unter dem beigefügten Schema mit Novorapid und Tresiba konnten schwere Hypoglykämien vermieden werden. Therapieziel ist vornehmlich die Vermeidung schwerer Hypoglykämien.

Von Seiten der deliranten Symptomatik kam es zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Auf der peripheren Station war Frau Brück nicht mehr delirant, wobei ein demenzielles Syndrom bereits vorbekannt ist und Frau Brück aus diesem Grund im Pflegeheim lebt.

Das erhöhte D-Dimer werten wir im Rahmen der abdominellen Symptomatik. Luftnot klagte Frau Brück zu keinem Zeitpunkt.

Im Verlauf entwickelte Frau Brück deutliche Unterschenkelödeme. Diesbezüglich wurde die Therapie angepasst, die initiierte Gabe von Amlodipin wurde auf 5 mg täglich reduziert, zudem kurzfristige Anpassung der diuretischen Medikation. Hierunter waren die Ödeme rückläufig. Zudem wurde eine Echokardiografie veranlasst, der Befund steht jedoch noch aus. Bei geplanter Operation bei V. a. Melanom am Auge am 22.7.2024 entlassen wir Frau Brück heute am 20.7.2024 in stabilisiertem Allgemeinzustand.

Therapievorschlag:

Rivaroxaban bitte pausieren bei geplanter Operation

Entlassmedikation:

Acetylsalicylsäure 100 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Allopurinol 100 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Amlodipin 5 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Atorvastatin 40 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Bisoprolol 10 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Colecalciferol 1000 I.E. TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Ezetimib 10 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk	
Gabapentin 600 mg FTA	Oral	1 - 0 - 1 Stk	
Insulin aspart (NovoRapid) 100 E./ml PEN	Subkutan	Verabreichungsplan mit Bedingungen : Dosis nach Plan1 Applikation ? - ? - ? Applikation	
Insulin degludec (Tresiba) 200 E./ml PEN	Subkutan	Verabreichungsplan mit Bedingungen : Dosis nach Plan1 Applikation ? - 0 - 0 Applikation	
Insulin lispro (Humalog) 100 E./ml PEN	Subkutan	Verabreichungsplan mit Bedingungen : Dosis nach Plan1 Applikation ? - ? - ? Applikation	
Kalium 1,56g BTA	Oral Flüssig	1 - 1 - 1 BTA	20.07.2024 bis inkl. 21.07.2024
Levothyroxin 100 ug TAB	Oral	1 Stk um 06:30	
Macrogol 3350 13,13 g PUL	Oral Flüssig	1 - 0 - 1 Stk	
Pantoprazol 40 mg RET	Oral	1 - 0 - 1 Stk	
Ramipril 5 mg TAB	Oral	1 - 0 - 1 Stk	
Rivaroxaban 15 mg FTA	Oral	Pausiert ab 20.07.2024 14:01 Bemerkung zum weiteren Vorgehen: Prä op	

Rivaroxaban 15 mg TAB	per os	1-0-0
Spironolacton 25 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk
Torasemid 10 mg TAB	Oral	1 - 0 - 0 Stk
Tramadol 50 mg KAP	Oral	1 - 0 - 1 Stk

Wir greifen bei der Arzneimittelauswahl vorwiegend auf Präparate zu, die in unserer Klinik gelistet sind. Selbstverständlich können Sie ein dosis- und wirkstoffgleiches Äquivalenzpräparat verordnen.

Die ggf. bestehende analgetische Therapie sollte im weiteren Verlauf an den klinischen Befund angepasst bzw. reduziert werden. Selbstverständlich ist auch die Nutzung von Alternativ-Präparaten möglich.

vorläufiger Arztbrief

Bei Fragen zum Entlassmanagement erreichen Sie Mo. - Fr. einen Ansprechpartner unter der Telefon-Nr. : 02841 - 200 - 2646 oder unter der Mailadresse: diabetologie@bethanienmoers.de

Folgende Unterlagen wurden dem Patienten bei Entlassung ausgehändigt:

- Entlassbrief incl. Medikationsplan ☒
- Kumulativbefund Labor ☒
- Rezept für neuverordnete Medikamente ☒
- Heilmittelverordnung ☐
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ☐

Folgende Maßnahmen wurden für den Patienten in die Wege geleitet:

- Krankenhaus-Sozialdienst wurde informiert ☐
- Anschlussheilbehandlung wurde initiiert ☐
- Rehabilitationsbehandlung wurde initiiert ☐
- häusliche Versorgung wurde initiiert ☐
- Pflegegrad wurde beantragt ☐
- SAPV wurde eingeleitet ☐

Der Patient hat Blutprodukte erhalten ☐ Nein ☐ Ja

vorläufiger Arztbrief

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. A. Yüce
Chefarzt

Dr. med. F. Abel
Oberärztin

vorläufiger Arztbrief

Herrn
Dr. med. A.C. Francu
Bethanienstr. 21
47441 Moers

vorläufiger Arztbrief

**Klinik für Anästhesiologie & Operative
Intensivmedizin, Schmerztherapie**

**Chefarzt
Dr. med. Sebastian Daehnke**

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0
Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2275
Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2291

anaesthesie@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen: Tho/

Moers, 08.07.2024

Verlegungsbrief

Sehr geehrter Herr Dr. med. Francu,

Anamnese

Die Vorstellung der zentralen Notaufnahme erfolgte in Begleitung des Rettungsdienstes bei Vigilanzminderung unklarer Genese. Fremdanamnestisch wurde berichtet dass die Patientin heute Morgen 10 Einheiten kurzwirksames Insulin erhielt vor dem Essen. Es erfolgte daraufhin eine akute Vigilanzminderung. Das gemessene Blutzucker lag bei ca. 320 mg/dl. Die Patientin sei beim Eintreffen des Rettungsdienstes auf Schmerzreiz erweckbar, bot jedoch rezidivierend Emesis. Die Vitalwerte konnten nicht erhoben werden (RR nicht messbar)

Beim Eintreffen der Zentralen war die Patientin soporös, auf Schmerzreiz erweckbar. Die Pupillen waren isocor, lichtreagibel bds. Bei einer ausgeprägten Hypotonie von 57 mmHg erhielt die Patienten 1000 ml Jono und 1 Ampulle Akrinor. Bei der unklaren Vigilanzminderung erfolgte ebenfalls die Antagonisierung mit 1 Ampulle Flumazenil und 1 Ampulle Naloxon. Abdomensonografisch zeigten sich kein wegweisender Befund. Es erfolgte ebenfalls eine CCT Aufnahme wobei keine ICB oder Apoplex nachweisbar war

Diagnosen

Hypovolämischer Schock bei Gastroenteritis

Akute Vigilanzminderung am ehesten im Rahmen des Schocks

Exsikose bei Gastroenteritis

Akut auf chronische NI a.e.prerenal

Hyperglykämie bei bek. DM Typ I

vorläufiger Arztbrief

Delir

Vordiangosen 7/2024:

entgleister Diabetes mellitus Typ 1, ED 1969, HbA1c 9,1 %

- Steatosis hepatis
- Dyslipidämie
- Diabetische Polyneuropathie, Angiopathie, KHK
- Diabetische Retinopathie, Arthropathie, Nephropathie, Gastroparese
- DFS linke Ferse abgeheilt, re. Fuß lat. Fußrand 6 x 3 mm Wagner-Armstrong 1A

Akut auf chronisches Nierenversagen Stadium 1

chronische Niereninsuffizienz G3bA1

- sekundärer Hyperparathyreoidismus
- Vitamin D Supplementation

bekannte multifaktorielle Gangstörung bei ausgeprägter diabetischer Polyneuropathie und chronischer vaskulärer Leukenzephalopathie

Allergie: Kontrastmittel- und Nickelsulfat-Allergie

Weitere frühere Diagnosen:

Diabetisches Fußsyndrom Wagner-Armstrong 2 B Ferse links

Charcot-Fuß beidseits, jetzt inaktiv

- Zustand nach Arthrodese im D II und III Tarsometatarsalgelenk
- Maßschuhversorgung

Koronare Zweigefäßerkrankung mit Z. n. NSTEMI 08/2023

paroxysmales VHF

- OAK Therapie

Leichtgradiges Schlafapnoesyndrom (RDI 16,6/h) mit hohem Anteil an Hypopnoen

- 09/2008 Einleitung einer nAPAP-Therapie

vorläufiger Arztbrief

Zustand nach Splenektomie 07/2015

Einzelne Nierenzyste rechtsseitig

Beginnenden Schrumpfgallenblase

Fibromyalgie

Hyperurikämie

Subst. Hypothyreose

Kleine kalzifizierte arteriosklerotische Plaques in beiden Bulbi, ACI und ACE

Verlauf / Epikrise

Übernahme aus der ZNA bei Vigilanzminderung unklare Genese. Kommt aus Pflegeheim mit Verdachtsdiagnose Hyperlipidämie. Hier schläfrig und initial nicht erweckbar. Nach Flüssigkeitssubstitution und Gabe von Naloxon leichte Besserung der Vigilanz. CT-morphologisch Ausschluss einer akuten Ischämie und Blutung. Nach Übernahme auf Intensivstation hämodynamisch instabil, hypoton, kaltschweißig gibt Übelkeit. Nach intensivierter Volumensubstitution besserte sich der Zustand der Patientin rasch. Zudem gab sie an zu Hause bei fehlendem Stuhlgang (seit 5 Tagen) eigenständig Abführmittel eingenommen zu haben. Seit dem heutigen Morgen erbricht sie und hat breiigen Stuhl. Die vorübergehende Kreislaufunterstützung konnte nach intensivierter Volumengabe schnell beendet werden. Stuhlproben wurden bei Durchfällen abgenommen, sind zum jetzigen Zeitpunkt in der mikrobiologischen Untersuchung jedoch ausstehend. Ein diabetisches Konsil zur Optimierung des Insulinplans wurde gestellt.

vorläufiger Arztbrief

Die Übernahme der Patientin erfolgte am 9.7.2024 auf unsere intermediate Care.

Aufgrund von weiterhin bestehender Unterbauchschmerzen führten wir eine Abdomensonografie durch. Dort zeigte sich deutlich verdickte Darmschlingen sowie verstärkte Peristaltik mit fraglichem partiellen Ileus. In der am selben Tag durchgeführten Computertomografie des Abdomens zeigte sich lediglich eine Enteritis/Kolitis. In Rücksprache mit den Diabetologen eskalierten wir die i.v. antibiotische Therapie auf

Piperacillin/Tazobactam. Hierunter zeigten sich die infektvaren regredient. Des Weiteren kam es während des stationären Aufenthalts zu einem exogenen Delir mit Fremdaggressivität und visuellen Halluzinationen, welches wir initial mit Flüssigkeit sowie mit der einmaligen Gabe von Promethazin therapierten. Im weiteren Verlauf stellten wir aufgrund der Fremd- und Eigengefährdung die Indikation zur physischen Fixierung und führten eine kontinuierliche intravenöse Therapie anfangs mit Levomepromazin und später intermittierend mit Haloperidol durch. Hierunter war die Patientin gut führbar, war jedoch zeitlich, örtlich und situativ bei V. a. Delir DD demenzielles Syndrom. Diesbezüglich bitten wir um ein neurologisches Konsil, diese wurde gefaxt.

Wir konnten Frau Brück am 15.7.2024 in kardiopulmonal stabilen Zustand auf Normalstation verlegen.

aktuelle Medikation

Medikament	Darreichung	Menge	Schema	Zusätze	Anordnun gsstatus	TZ
i.v.						
Metronidazol 500mg	3 x täglich		00:00: 1 Stk 08:00: 1 Stk 16:00: 1 Stk		Aktiv	6. T
Ceftazidim 2g (Fortum)	täglich		20:00: 2 g		Aktiv	7. T
Pantoprazol 40mg (Pantozol)	2 x täglich		08:00: 40 mg 20:00: 40 mg		Aktiv	7. T
Jonosteril 1000ml (Sterofundin)	täglich, bei Bedarf		: 1000 ml		Aktiv	3. T
per os - fest						
Bisoprolol 10mg (Concor)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
Gabapentin 300mg (Gabapentin)	2 x täglich		08:00: 2 Tbl 20:00: 2 Tbl		Aktiv	8. T
Ramipril 2,5mg (Delix)	2 x täglich		08:00: 2 Tbl 20:00: 2 Tbl		Aktiv	8. T
			Abweichende Zeitpunkte: 12.07.2024 09:09: 2 Tbl Zusätz. Gabe			
Amlodipin 5mg (Amlodipin)	2 x täglich		08:00: 1 Tbl 20:00: 1 Tbl		Aktiv	5. T
Atorvastatin 40mg (Sortis)	täglich		20:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
Rivaroxaban 20mg (Xarelto)	pausiert		08:00: 1 Tbl		pausiert	8. T
ASS 100mg (Godamed)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	7. T
Levothyroxin 100µg (L- Thyroxin)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	7. T
Pantoprazol 40mg Tbl (Pantozol)	täglich		20:00: 1 Tbl		Pausiert	8. T
Ezetimib 10mg (Ezetrol)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	7. T

Medikament	Darreichung	Menge	Schema	Zusätze	Anordnun gsstatus	TZ
Tramadol 50mg (Tramal)	2 x täglich		08:00: 1 Tbl 20:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
Spironolacton 25mg (Spironolacton)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
Allopurinol 100mg (Allopurinol)	täglich		20:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
Torasemid 10mg (Torem)	täglich		08:00: 1 Tbl		Aktiv	8. T
per os - fluessig						
Macrogol Btl (Macrocol)	2 x täglich		08:00: 1 Btl 12:00: 1 Btl		Pausiert	6. T
Haloperidol Tropfen (Haldol)	3 x täglich		Pause , heute neurol. Konsil		pausieren	1. T
S.C.						
Enoxaparin (Clexane Multi)	2 x täglich ab morgen		08:00: 0.6 ml 20:00: 0.6 ml		Aktiv	7. T
Insulin lispro IE (Humalog) und Tresiba s. Insulinplan	täglich, bei Bedarf		: 1 IE		Aktiv	5. T
allgemeine Therapieempfehlung						
-Insulinplan im Verlauf beachten						
-Infektparameter beachten ggf. Antibiose anpassen						
-MiBi beachten						
-KG						
-Kostaufbau						
-ÖGD+Kolo im Verlauf zu erwägen						
-Neurologisches Konsil (gefaxt)						
-EKG-Kontrollen						

Mit freundlichen Grüßen

N. Thoukydidis
Oberarzt

K. Kurtyilmaz
Assistenzarzt

Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers
KH Bethanien für die Grafschaft Moers
Diabetologie und Endokrinologie
W0

Pat.: **Brück, Karola**, geb. **Kerschka**

Geb.Dat.: **09.02.1949, W**

Messungen Liste

gedruckt am: 07.08.2024

Zeitpunkt	Art	Wert	Einheit	Bemerkung	erfasst von
20.07.24 14:04	Blutzucker	285.00	mg/dl		Christian Krawczyk
20.07.24 12:01	Blutzucker	418.00	mg/dl	AI an Fr Dr Abel, Pat erhält 15IE Humalog 100, Ketone Schnelltest soll laufen, BZ soll nachgemessen werden, wenn BZ unter 350 dann E	Chiara Josephine Neumann
20.07.24 09:43	Blutzucker	292.00	mg/dl		Chiara Josephine Neumann
20.07.24 02:43	Blutzucker	226.00	mg/dl		Nicole Hanenkampf
19.07.24 21:34	Blutzucker	184.00	mg/dl		Nicole Hanenkampf
19.07.24 16:49	Blutzucker	239.00	mg/dl	9IE Humalog	Samuel Marczak
19.07.24 07:00	Blutzucker	132.00	mg/dl		Katja Kappler
19.07.24 02:52	Blutzucker	137.00	mg/dl		Kimberly Fitzke
18.07.24 21:40	Blutzucker	156.00	mg/dl		Kimberly Fitzke
18.07.24 16:54	Blutzucker	143.00	mg/dl	4IE	Rasim Pavica
18.07.24 11:57	Blutzucker	211.00	mg/dl		Chiara Josephine Neumann
18.07.24 08:27	Blutzucker	136.00	mg/dl		Nicole Hanenkampf
18.07.24 03:10	Blutzucker	135.00	mg/dl		Kimberly Fitzke
17.07.24 21:06	Blutzucker	208.00	mg/dl		Kimberly Fitzke
17.07.24 06:59	Blutzucker	206.00	mg/dl	11IE Novorapid 14IE Tesiba	Michaela Akyüz
17.07.24 02:46	Blutzucker	258.00	mg/dl		Kimberly Fitzke
16.07.24 16:54	Blutzucker	258.00	mg/dl	8IE	Bryan Fher Dela Cruz
16.07.24 11:59	Blutzucker	258.00	mg/dl		Chiara Josephine Neumann
16.07.24 07:08	Blutzucker	241.00	mg/dl	erhält zusätzlich 10IE Humalog 100 nach Plan	Chiara Josephine Neumann
16.07.24 03:00	Blutzucker	227.00	mg/dl		Kimberly Fitzke

Zeitpunkt	Art	Wert	Einheit	Bemerkung	erfasst von
15.07.24 21:43	Blutzucker	268.00	mg/dl	3IE nach Hausschema	Kimberly Fitzke
15.07.24 17:00	Blutzucker	315.00	mg/dl	Pat erhält 9IE nach Schema	Chiara Josephine Neumann
15.07.24 12:35	Blutzucker	287.00	mg/dl	Humalog nach Hausschema erhalten	Beatrix Post

Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers
KH Bethanien für die Grafschaft Moers
Diabetologie und Endokrinologie
W0

Pat.: **Brück, Karola**, geb. **Kerschka**

Geb.Dat.: **09.02.1949**, W

Messungen Liste

gedruckt am: 07.08.2024

Zeitpunkt	Art	Wert	Einheit	Bemerkung	erfasst von
20.07.24 09:30	Pulsoxymetrisch gem	94.00 %			Georgina Hardt
19.07.24 13:47	Pulsoxymetrisch gem	93.00 %			System
18.07.24 21:50	Pulsoxymetrisch gem	95.00 %			Kimberly Fitzke
18.07.24 08:27	Pulsoxymetrisch gem	91.00 %			Michaela Akyüz
17.07.24 21:22	Pulsoxymetrisch gem	97.00 %			Kimberly Fitzke
17.07.24 10:38	Pulsoxymetrisch gem	93.00 %			Harmanpreet Kaur Kahlon
17.07.24 06:42	Pulsoxymetrisch gem	91.00 %			Michaela Akyüz
16.07.24 21:06	Pulsoxymetrisch gem	92.00 %			System
16.07.24 11:31	Pulsoxymetrisch gem	91.00 %			Anastasia Sciuto
16.07.24 07:00	Pulsoxymetrisch gem	94.00 %			Michaela Akyüz
15.07.24 21:56	Pulsoxymetrisch gem	95.00 %			Kimberly Fitzke
15.07.24 17:33	Pulsoxymetrisch gem	94.00 %			Anna Szaton
15.07.24 12:51	Pulsoxymetrisch gem	95.00 %			Michaela Akyüz

Zusammenfassung der Medikation für den Aufenthalt vom**08.07.2024 bis 20.07.2024**

Fallnummer: 1240059013

für

Frau Karola Brück, geb. 09.02.1949**Wittfeldstr. 31, 47441 Moers**

Infusionen	appl. Dosis	Datum/Zeit	
CefTAZidim 2 g INF	2.0	15.07.2024	15:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	15.07.2024	23:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	16.07.2024	07:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	16.07.2024	15:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	16.07.2024	23:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	17.07.2024	07:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	17.07.2024	15:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	17.07.2024	23:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	18.07.2024	07:00
CefTAZidim 2 g INF	2.0	18.07.2024	15:00
JONOSTERIL INF 1000 ml	1000.0	16.07.2024	06:00
JONOSTERIL INF 1000 ml	1000.0	17.07.2024	06:00
JONOSTERIL INF 1000 ml	1000.0	18.07.2024	06:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	15.07.2024	15:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	15.07.2024	23:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	16.07.2024	07:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	16.07.2024	15:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	16.07.2024	23:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	17.07.2024	07:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	17.07.2024	15:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	17.07.2024	23:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	18.07.2024	07:00
Metronidazol 500 mg INF	500.0	18.07.2024	15:00

Zugänge / Ableitungen	gelegt am	entfernt am
ZVK	15.07.2024	18.07.2024
DK	15.07.2024	18.07.2024

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	08.07.2024	17:12
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! OA Visite mit CA ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Patientin wach ansprechbar, mittlerweile katecholaminfrei. Am ehesten handelt es sich um eine Exsikkose bei Gastroenteritis. Volumensubstitution läuft.			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	09.07.2024	10:08
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Insulinplan wurde erstellt. Bisher Kabivengabe und Insulinperfusor. Pat. hat aktuell keinen Appetit, isst auch nicht Zwieback, was vor ihr liegt.. Patientin heute Morgen wach ansprechbar, Vitalwerte stabil. Patientin gibt lediglich abdominelle Schmerzen ubiquitär mit Punctum maximum Unterbauch an. DK regelrecht liegende Urin OB ausschauend. Gespräch mit Intensiv-Kollegen erfolgt. Empfehlung: einer Abdomensonografie heute erneut (trotz der Tatsache, dass der Kollege angegeben hat dass eine Abdomensonografie gestern erfolgt ist). Zudem wurde erbeten heute noch mal ein U-Status und Uricult durchzuführen aufgrund steigender Entzündungswerte. Falls Fokussuche unklar bleibt gegebenfalls heute Einleitung einer antibiotischen Therapie nach BK-Entnahme mit Ceftazidim + Cipro (wegen Penicillinallergie) bei V. a. nosokomialen Infekt, da letzter Krankenhausaufenthalt vor Kurzem gewesen ist.			

(<X5è=)

(î)

Pat.: **Brück, Karola**, geb. **Kerschka**

Geb.Dat.: **09.02.1949, W**

Fall-Nr.: **1240059013**

KKH-Allianz Krankenversicherung

Status: **vidiert**

Auftragsnummer: **LSTM-2024-097608**

Dringlichkeit: **normal**

Konsiliarische Untersuchungen - Befund

Leistungsanforderer

Orgaeinheit 1	Diabetologie und Endokrinologie
Orgaeinheit 2	C1
Orgaeinheit 2	Konsiliarische Funktionsdiagnostik
Angefordert	Konsile MD5, Diabetes Konsil
Durchgeführt	Diabetes Konsil
Termin	dgf: 09.07.2024 11:46 Uhr
Befund	DM1
Beurteilung	
Empfehlung	Bitte zunächst den letzten Insulinplan aus dem System verwenden. Patientin gehört in die MD5, Konsilanforderung somit nicht erforderlich.
Befundet am	09.07.2024 11:45

Dr. med. F. Abel
Oberärztin

Benutzer	Dr. med. Ali Yüce	Datum	10.07.2024	18:04
letzter Bearbeiter	Dr. med. Ali Yüce			
Typ	Visite			
Betrifft	! CA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Pat noch desorientiert, aber freundlich zugewandt. Trinkt ein paar Schlucke Wasser. Cave: Pat ist Typ 1 Diabetikerin!! immer an Insulingaben denken und regelmäßiges BZ Profil			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	11.07.2024	14:50
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	AZ stabil. Vitalwerte gut, etwas Hyperton. Patientin wach ansprechbar und nicht mehr aggressiv. Patientin freundlich zugewandt. Schmerzen gibt sie weiterhin im Abdominalbereich mit Punctum maximum Unterbauch an. Gespräch mit Frau Dr. Hüschen erfolgt. Gastroenterologisches Konsil wird abgewartet. Frau Dr. Hüschen hat heute Morgen erneut eine Abdomensonografie durchgeführt. Keine Ileuszeichen. Laktat: Unauffällig. Letztes Labor vom 10.7.2024, hier CRP bei 18,4.			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	12.07.2024	16:47
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! OA Visite (Dr. Abel + Dr. Köseoglu) ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Während der Visite schläft die Patientin. Durchfälle setzen sich laut Angabe des Pflegepersonals noch fort. - Patientin isst und trinkt wieder. Insulinplan bitte fortsetzen. - Falls die Pat. nichts essen sollte, bitten wir die Hälfte des kurzwirksamen Insulins zu spritzen und Basalinsulin so zu belassen wie angeordnet. - Wie bereits mit OÄ Frau Dr. Hüschen besprochen, wurde die antihypertensive Therapie bei hypertensiver Entgleisung angepasst. - Labor: CRP ist rückläufig..			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	13.07.2024	10:32
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! interdisziplinäre Visite OA ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Patientin heute Morgen eher hypoton. Antihypertensive Therapie wurde abgesetzt. Auch hat die Patientin keine sedierende Medikation mehr. Sie ist wach ansprechbar und beschwerdefrei. Die abdominalen Schmerzen sind auf Nachfrage rückläufig. Aktuell erhält die Patientin Flüssigkeitssubstitution zur Stabilisierung des Blutdrucks. Die Entzündungswerte sind rückläufig.			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	14.07.2024	10:17
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! interdisziplinäre OA-Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Patientin ist erneut durcheinander und aggressiv. Sie versucht sich die Kabel zu ziehen. Somit erneute Fixierung am Bett geplant. Aktuell hyperten systolisch 180 mmHg. DK wurde gewechselt danach zeigte sich Urinbeutel 700 ml Urin. GFR besser werdend (Von 35 auf 47) CRP weiter rückläufig (auf 6,79)			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Özlem Köseoglu	Datum	15.07.2024	13:04
letzter Bearbeiter	Özlem Köseoglu			
Typ	Visite			
Betrifft	! OA Visite (Dr Abel/Dr. Köseoglu) und interdisziplinär mit Frau Dr. Hüschen ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	AZ stabil. Bezüglich der nächtlichen Eskalationen aufgrund von rezidivierenden Halluzinationen und konsekutiver Aggression, wird heute ein neurologisches Konsil erfolgen. Danach Verlegung auf die periphere Station mit empfohlener Psychopharmaka seitens des Neurologen.			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Dr. med. Femke Abel	Datum	16.07.2024	16:41
letzter Bearbeiter	Dr. med. Femke Abel			
Typ				
Betrifft	! OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	AZ heute deutlich gebessert. Patient sitzt im Stuhl und wird am Waschbecken gewaschen. Glukosesensor wird appliziert, hierbei erklärt die Patientin den Ablauf sehr gut und kennt die entsprechenden Tricks. Im weiteren Gespräch mit dem Ehemann. Für den kommenden Montag den 22.7. ist eine Operation in der Augenklinik Müllheim bei malignem Melanom am Auge angedacht. Es wäre sehr gut, dieser Termin könnte stattfinden. Besprochen wird das sollte der Zustand es zulassen Frau Brück diesen Termin auf alle Fälle wahrnehmen soll. Ein Arztbrief wird vorbereitet. Vorab MRSA Screening.Der Ehemann erhält Rückmeldung, ob Frau Brück pünktlich entlassen werden kann.			

(<X5è=)

(î)

BenutzerDr. med. Femke AbelDatum17.07.202417:40

letzterDr. med. Femke Abel

Bearbeiter

Typ

Betrifft

!

OA Visite

☒ "Betrifft" erscheint in der FK

Text

AZ gebessert. Blutzuckerwerte im gesamten Niveau etwas zu hoch, Insulinplan angepasst. Die Patientin beklagt beidseitige diskrete Unterschenkelödeme, Amlodipin in der Dosis reduziert. Zudem Röntgen rechter Fuß, bei nahezu abgeheiltem Ulcus an der lateralen Fußkante. Ansonsten Wohlbefinden.

(<X5è=)

(î)

BenutzerDr. med. Femke AbelDatum17.07.202417:40

letzterDr. med. Femke Abel

Bearbeiter

Typ

Betrifft

!

OA Visite

☒ "Betrifft" erscheint in der FK

Text

AZ gebessert. Blutzuckerwerte im gesamten Niveau etwas zu hoch, Insulinplan angepasst. Die Patientin beklagt beidseitige diskrete Unterschenkelödeme, Amlodipin in der Dosis reduziert. Zudem Röntgen rechter Fuß, bei nahezu abgeheiltem Ulcus an der lateralen Fußkante. Ansonsten Wohlbefinden.

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Dr. med. Femke Abel	Datum	18.07.2024	15:47
letzter Bearbeiter	Dr. med. Femke Abel			
Typ				
Betrifft	! OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	AZ gebessert. Ödeme etwas rückläufig. ZVK wurde gezogen, Antibiose abgesetzt. Entzündungswerte gut rückläufig. MRSA Screening negativ. Morgen Laborkontrolle. Aktuell Priorität hat der operative Eingriff am rechten Auge in der kommenden Woche (V.a. Melanom).			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Dr. med. Femke Abel	Datum	19.07.2024	14:09
letzter Bearbeiter	Dr. med. Femke Abel			
Typ				
Betrifft	! OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	AZ deutlich gebessert. Patientin klagt keine Beschwerden. Heute Missverständnis bei der Insulingabe, die Patientin war der Meinung dass bei den BZ von 130 kein Insulin gespritzt werden soll weder kurz noch Langzeit Insulin. Tresiba wurde mittags nachgespritzt. Laborwerte deutlich gebessert, Entzündungswerte gut rückläufig. Patientin hat keinerlei abdominelle Beschwerden. Heute noch Gespräch mit Ehemann. Insulingabe stets unter Aufsicht, dies im System noch einmal angeordnet zudem noch einmal Hinweis an das Pflegepersonal bezüglich der kognitiven Situation der Patientin.			

(<X5è=)

(î)

Benutzer	Dr. med. Femke Abel	Datum	20.07.2024	12:11
letzter Bearbeiter	Dr. med. Femke Abel			
Typ				
Betrifft	! OA Visite ☒ "Betrifft" erscheint in der FK			
Text	Sehr guter AZ. Absolut Wohlbefinden. Keine Schmerzen. Allenfalls diskrete Unterschenkelödeme. Heute Mittag jedoch BZ 400mg/dl, Insulindosis entsprechend angepasst. Entlassung bei BZ kleiner 350mg/dl.			

(<X5è=)

(î)

Patient: **Brück, Karola**

geb. am: 09.02.1949

INSULINDOSIS-FINDUNGSPLAN

30er Regel

Datum: 09.07.2024



	Insulinsorte	< * 90 mg/dl	91-120 mg/dl	121-150 mg/dl	151-180 mg/dl	181-210 mg/dl	211-240 mg/dl	241-270 mg/dl	271-300 mg/dl
morgens	NovoRapid	3	5	6	7	8	9	10	11
	Tresiba	14	14	14	14	14	14	14	14
mittags	NovoRapid	2	3	4	5	6	7	8	9
abends	NovoRapid	2	3	4	5	6	7	8	9
spät									

* BZ < 90 mg/dl: *bitte erst essen, dann spritzen*

BZ-Messung spät: <100 mg/dl: bitte 2 BE essen, z.B. 1 Scheibe Brot / 1 Brötchen, 1 Fruchtojoghurt oder 1 Banane
<120 mg/dl: bitte 1 BE essen, z.B. ½ Scheibe Brot / ½ Brötchen, 1 Naturjoghurt oder 1 Apfel

Patient: **Brück, Karola**

geb. am: 09.02.1949

INSULINDOSIS-FINDUNGSPLAN

30er Regel

Datum: 17.07.2024



	Insulinsorte	< * 90 mg/dl	91-120 mg/dl	121-150 mg/dl	151-180 mg/dl	181-210 mg/dl	211-240 mg/dl	241-270 mg/dl	271-300 mg/dl
morgens	NovoRapid	3	5	7	8	9	11	12	13
	Tresiba	16	16	16	16	16	16	16	16
mittags	NovoRapid	2	3	4	6	7	8	9	10
abends	NovoRapid	2	3	4	7	8	9	10	11
spät									

* BZ < 90 mg/dl: *bitte erst essen, dann spritzen*

BZ-Messung spät: <100 mg/dl: bitte 2 BE essen, z.B. 1 Scheibe Brot / 1 Brötchen, 1 Fruchtojoghurt oder 1 Banane
<120 mg/dl: bitte 1 BE essen, z.B. ½ Scheibe Brot / ½ Brötchen, 1 Naturjoghurt oder 1 Apfel

Patient: **Brück, Karola**

geb. am: 09.02.1949

INSULINDOSIS-FINDUNGSPLAN

30er Regel

Datum: 17.07.2024



	Insulinsorte	< * 90 mg/dl	91-120 mg/dl	121-150 mg/dl	151-180 mg/dl	181-210 mg/dl	211-240 mg/dl	241-270 mg/dl	271-300 mg/dl
morgens	NovoRapid	3	5	7	8	9	11	12	13
	Tresiba	16	16	16	16	16	16	16	16
mittags	NovoRapid	2	3	4	6	7	8	9	10
abends	NovoRapid	2	3	4	7	8	9	10	11
spät									

* BZ < 90 mg/dl: *bitte erst essen, dann spritzen*

BZ-Messung spät: <100 mg/dl: bitte 2 BE essen, z.B. 1 Scheibe Brot / 1 Brötchen, 1 Fruchtojoghurt oder 1 Banane
<120 mg/dl: bitte 1 BE essen, z.B. ½ Scheibe Brot / ½ Brötchen, 1 Naturjoghurt oder 1 Apfel



STIFTUNG
BETHANIE

KRANKENHAUS



1240059013 MD5 08.07.2024

Brück, Karola

09.02.1949

W

Wittfeldstr. 31

47441 Moers

KKH-Allianz Krankenversicherung

Selbstzahler

01 KH-Behandlung, vollstat.

2 BZ, 2 BZ W

Klinik für Diabetologie & Endokrinologie
- Diabeteszentrum DDG

Chefarzt

Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0

Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646

Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de

www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen:

Moers, 09.07.2024

DFS-Wundbefund-/Wundbehandlungsbogen

Lokalisation

- Ferse links

oberflächliche Ulcera

Wundgröße in mm

lat. Fußrand ca. 7 x 2 mm

Zustand nach OP

z.N. D2- Amputation

Fäden Ex

Fistel, Tasche, Unterminierung

nein

Wundumgebung

- gerötet

li. Ferse

- hyperkeratotisch

re. lat. Fußrand

Wundgrund

- Biofilm dünn

abstreifbar

Wundrand

- gerötet

minimal

Exsudat

nein

Wundgeruch

nein

Wundinfektion

nein

Schweregradstadium nach Wagner-Armstrong

0	1	2	3	4	5
	Oberflächlich Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion

Anschrift

Krankenhaus Bethanien Moers
Bethanienstraße 21
47441 Moers

Kommunikation

Tel.: +49 (0) 2841 200-0
Fax: +49 (0) 2841 200-2696
info@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Bankverbindung

Sparkasse am Niederrhein
IBAN: DE55 3545 0000 1120 0006 56
IBAN: DE07 3545 0000 1101 0002 87
BIC: WELADED1MOR

Angaben zur Stiftung

Stiftungsratsvorsitzender: Otfried Kinzel
Stiftungsvorstand: Dr. Ralf Engels
Eintrag im Stiftungsverzeichnis: AZ 62-17
USt-IdNr: DE 812 476 235

A	Prä- oder postulzerierte Läsion	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
B	Mit Infektion	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie
C	Mit Ischämie					
D	Mit Infektion und Ischämie					

Stadium 1A

Fotodokumentatio ☒

Wundbehandlung

Lokale Wundbehandlung/- reinigung

- Spülung
- Debridement Hyperkeratose mit dem Skalpell abgetragen.

Wundauflage

- Cuticell Fettgaze

Wundrandschutz

- Cavilon

Abdeckung

- sterile Pflaster

Polsterung

- Stülpa
- Watte

Kompressionsbehandlung

nein

Geplantes Vorgehen

Entlastung

- ja
- Bett
- Rollstuhl

Spezielle Lagerung

nein

Nächster Verbandswechsel

- ☒ 12.07.24
- ☐ wie bisher (s.o.)
- ☐ Änderung des Vorgehens

Weitere spezielle Schuhversorgung

nein

09.07.24

(<X5è=)

(2]H)



STIFTUNG
BETHANIE

KRANKENHAUS



1240059013 MD5 08.07.2024

Brück, Karola

09.02.1949

W

Wittfeldstr. 31

47441 Moers

KKH-Allianz Krankenversicherung

Selbstzahler

01 KH-Behandlung, vollstat.

2 BZ, 2 BZ W

Klinik für Diabetologie & Endokrinologie
- Diabeteszentrum DDG

Chefarzt
Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0

Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646

Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen:

Moers, 11.07.2024

DFS-Wundbefund-/Wundbehandlungsbogen

Lokalisation

- Ferse links

oberflächliche Ulcera

Wundgröße in mm

lat. Fußrand ca. 7 x 2 mm

Zustand nach OP

z.N. D2- Amputation

Fäden Ex

Fistel, Tasche, Unterminierung

nein

Wundumgebung

- gerötet

li. Ferse

- hyperkeratotisch

re. lat. Fußrand und leicht gerötet

Wundgrund

- Epithelialisierung beginnend

Wundrand

- gerötet

Exsudat

nein

Wundgeruch

nein

Wundinfektion

nein

Schweregradstadium nach Wagner-Armstrong

0	1	2	3	4	5
	Oberflächlich Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie

Anschrift

Krankenhaus Bethanien Moers
Bethanienstraße 21
47441 Moers

Kommunikation

Tel.: +49 (0) 2841 200-0
Fax: +49 (0) 2841 200-2696
info@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Bankverbindung

Sparkasse am Niederrhein
IBAN: DE55 3545 0000 1120 0006 56
IBAN: DE07 3545 0000 1101 0002 87
BIC: WELADED1MOR

Angaben zur Stiftung

Stiftungsratsvorsitzender: Otfried Kinzel
Stiftungsvorstand: Dr. Ralf Engels
Eintrag im Stiftungsverzeichnis: AZ 62-17
USt-IdNr: DE 812 476 235

A	Prä- oder postulzerierte Läsion	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie
B	Mit Infektion					
C	Mit Ischämie					
D	Mit Infektion und Ischämie					

Stadium 1A

Fotodokumentatio ☒

Wundbehandlung

Lokale Wundbehandlung/- reinigung

- Spülung
- Debridement Hyperkeratose mit dem Skalpell abgetragen.

Wundauflage

- Ligasano
- Prontosan-Gel

Wundrandschutz

- Cavilon

Abdeckung

- sterile Pflaster

Polsterung

- Stülpa
- Watte

Kompressionsbehandlung

nein

Geplantes Vorgehen

Entlastung

- ja
- Bett
- Rollstuhl

Spezielle Lagerung

nein

Nächster Verbandswechsel

- ☒ 12.07.24
- ☐ wie bisher (s.o.)
- ☐ Änderung des Vorgehens

Weitere spezielle Schuhversorgung

nein

Besonderheiten beachten

Abstrich re. Entnommen

11.07.24



STIFTUNG
BETHANIE

KRANKENHAUS



1240059013 MD5 08.07.2024

Brück, Karola

09.02.1949

W

Wittfeldstr. 31

47441 Moers

KKH-Allianz Krankenversicherung

Selbstzahler

01 KH-Behandlung, vollstat.

2 BZ, 2 BZ W

Klinik für Diabetologie & Endokrinologie
- Diabeteszentrum DDG

Chefarzt
Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0

Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646

Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen:

Moers, 15.07.2024

DFS-Wundbefund-/Wundbehandlungsbogen

Lokalisation

- Ferse links

Abgeheilt

Wundgröße in mm

lat. Fußrand ca. 7 x 2 mm

Zustand nach OP

z.N. D2- Amputation

Fäden Ex

Fistel, Tasche, Unterminierung

nein

Wundumgebung

- gerötet

li. Ferse

- hyperkeratotisch

re. lat. Fußrand , Rötung rückläufig

Wundgrund

- Epithelialisierung belastbar

Ferse

li. Lat. Fußrand sauberer

Wundrand

- gerötet

Exsudat

nein

Wundgeruch

nein

Wundinfektion

nein

Schweregradstadium nach Wagner-Armstrong

0	1	2	3	4	5
	Oberflächlich Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes

Anschrift

Krankenhaus Bethanien Moers
Bethanienstraße 21
47441 Moers

Kommunikation

Tel.: +49 (0) 2841 200-0
Fax: +49 (0) 2841 200-2696
info@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Bankverbindung

Sparkasse am Niederrhein
IBAN: DE55 3545 0000 1120 0006 56
IBAN: DE07 3545 0000 1101 0002 87
BIC: WELADED1MOR

Angaben zur Stiftung

Stiftungsratsvorsitzender: Otfried Kinzel
Stiftungsvorstand: Dr. Ralf Engels
Eintrag im Stiftungsverzeichnis: AZ 62-17
USt-IdNr: DE 812 476 235

A	Prä- oder postulzerierte Läsion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
B	Mit Infektion	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
C	Mit Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie					

Stadium 1A

Fotodokumentatio ☒**Wundbehandlung****Lokale Wundbehandlung/- reinigung**

- Spülung
- Debridement Hyperkeratose mit dem Skalpell abgetragen.

Wundauflage

- Ligasano
- Prontosan-Gel

Wundrandschutz

- Cavilon

Abdeckung

- sterile Pflaster

Polsterung

- Stülpa
- Watte

Kompressionsbehandlung

nein

Hautpflege mit

- 10 % Ureahaltig

Geplantes Vorgehen**Entlastung**

ja

- Bett
- Rollstuhl

Spezielle Lagerung

nein

Nächster Verbandswechsel

- ☒ 17.07.24
- ☐ wie bisher (s.o.)
- ☐ Änderung des Vorgehens

Weitere spezielle Schuhversorgung

nein

Besonderheiten beachten

12.07.24 Abstrich re. Entnommen

15.07.24



STIFTUNG
BETHANIE

KRANKENHAUS



1240059013 MD5 08.07.2024

Brück, Karola

09.02.1949

W

Wittfeldstr. 31

47441 Moers

KKH-Allianz Krankenversicherung

Selbstzahler

01 KH-Behandlung, vollstat.

2 BZ, 2 BZ W

Klinik für Diabetologie & Endokrinologie
- Diabeteszentrum DDG

Chefarzt

Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0

Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646

Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de

www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen:

Moers, 17.07.2024

DFS-Wundbefund-/Wundbehandlungsbogen

Lokalisation

- Ferse links

Abgeheilt

Wundgröße in mm

linke Ferse links bds.

Zustand nach OP

z.N. D2- Amputation

Fäden Ex

Fistel, Tasche, Unterminierung

nein

Wundumgebung

- gerötet

li. Ferse ,minimal

- hyperkeratotisch

re. lat. Fußrand , Rötung rückläufig

Wundgrund

- Epithelialisierung belastbar

Ferse

li. Lat. Fußrand sauberer

- Epithelialisierung beginnend

Wundrand

- gerötet

minimal

Exsudat

nein

Wundgeruch

nein

Wundinfektion

nein

Schweregradstadium nach Wagner-Armstrong

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Oberflächlich Wunde

Anschrift

Krankenhaus Bethanien Moers
Bethanienstraße 21
47441 Moers

Kommunikation

Tel.: +49 (0) 2841 200-0
Fax: +49 (0) 2841 200-2696
info@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Bankverbindung

Sparkasse am Niederrhein
IBAN: DE55 3545 0000 1120 0006 56
IBAN: DE07 3545 0000 1101 0002 87
BIC: WELADED1MOR

Angaben zur Stiftung

Stiftungsratsvorsitzender: Otfried Kinzel
Stiftungsvorstand: Dr. Ralf Engels
Eintrag im Stiftungsverzeichnis: AZ 62-17
USt-IdNr: DE 812 476 235

A	Prä- oder postulzerierte Läsion	Mit Infektion	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Ischämie	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie		Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Stadium 1A

Fotodokumentatio ☒

Wundbehandlung

Lokale Wundbehandlung/- reinigung

- Spülung
- Debridement Hyperkeratose mit dem Skalpell abgetragen.

Wundrandschutz

- Cavilon

Abdeckung

- sterile Pflaster

Polsterung

- Stülpa
- Watte

Kompressionsbehandlung

- ja
- Kompressionswickel mit leichtem Zug

Hautpflege mit

- 10 % Ureahaltig

Geplantes Vorgehen

Entlastung

- ja
- Bett
- Rollstuhl

Spezielle Lagerung

nein

Nächster Verbandswechsel

- ☒ 19.07.24
- ☐ wie bisher (s.o.)
- ☐ Änderung des Vorgehens

Weitere spezielle Schuhversorgung

nein

Besonderheiten beachten

12.07.24 Abstrich re. Entnommen

17.07.24



STIFTUNG
BETHANIE

KRANKENHAUS



1240059013 MD5 08.07.2024

Brück, Karola

09.02.1949

W

Wittfeldstr. 31

47441 Moers

KKH-Allianz Krankenversicherung

Selbstzahler

01 KH-Behandlung, vollstat.

2 BZ, 2 BZ W

Klinik für Diabetologie & Endokrinologie
- Diabeteszentrum DDG

Chefarzt
Dr. med. Ali Yüce

Zentrale Tel.: +49 (0) 2841 200 - 0

Sekretariat Tel.: +49 (0) 2841 200 - 2646

Sekretariat Fax: +49 (0) 2841 200 - 2289

diabetologie@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Unser Zeichen:

Moers, 19.07.2024

DFS-Wundbefund-/Wundbehandlungsbogen

Lokalisation

- Ferse links

Abgeheilt

Wundgröße in mm

re. lat. Fußrand Blande

Zustand nach OP

z.N. D2- Amputation

Fäden Ex

Fistel, Tasche, Unterminierung

nein

Wundumgebung

- gerötet

li. Ferse ,minimal

- hyperkeratotisch

re. lat. Fußrand , Rötung rückläufig

li. Ferse Blande

li. Lat. Fußrand Abgeheilt

Exsudat

nein

Wundgeruch

nein

Wundinfektion

nein

Schweregradstadium nach Wagner-Armstrong

0	1	2	3	4	5
	Oberflächlich Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie

Anschrift

Krankenhaus Bethanien Moers
Bethanienstraße 21
47441 Moers

Kommunikation

Tel.: +49 (0) 2841 200-0
Fax: +49 (0) 2841 200-2696
info@bethanienmoers.de
www.bethanien-moers.de

Bankverbindung

Sparkasse am Niederrhein
IBAN: DE55 3545 0000 1120 0006 56
IBAN: DE07 3545 0000 1101 0002 87
BIC: WELADED1MOR

Angaben zur Stiftung

Stiftungsratsvorsitzender: Otfried Kinzel
Stiftungsvorstand: Dr. Ralf Engels
Eintrag im Stiftungsverzeichnis: AZ 62-17
USt-IdNr: DE 812 476 235

A	Prä- oder postulzerierte Läsion	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie
B	Mit Infektion					
C	Mit Ischämie					
D	Mit Infektion und Ischämie					

Stadium 0A

Fotodokumentatio ☒

Wundbehandlung

Lokale Wundbehandlung/- reinigung

- Spülung

Wundauflage

- Sonstiges

Wundrandschutz

- Cavilon

Abdeckung

- sterile Kompressen

Polsterung

- Stülpa
- Watte

Kompressionsbehandlung

- nein
- Kompressionswickel mit leichtem Zug

Hautpflege mit

- 10 % Ureahaltig

Geplantes Vorgehen

Entlastung

- ja
- Bett
- Rollstuhl

Spezielle Lagerung

- nein

Nächster Verbandswechsel

- ☐
- ☐ wie bisher (s.o.)
- ☐ Änderung des Vorgehens

Weitere spezielle Schuhversorgung

- nein

Besonderheiten beachten

- 12.07.24 Abstrich re. Entnommen

19.07.24