

1 Apoplex

Patient/ in



Datum

12/08/2025

Guten Tag, Herr/Frau Oberarzt/Oberärztin,
ich möchte Ihnen nun den Patienten Karl May
vorstellen.



Alter 61 Jahre

Gewicht 89 kg

Größe 176 cm

Allergien (Stichwörter)

Haselnüsse, Cashewnüsse → Angioödem (Gesicht/Lippen), Urtikaria

Genussmittel / Drogen (Stichwörter)

Früher: ca. 37 Packungsjahre Zigaretten, seit 5 Jahren Nichtraucher

Alkohol: abends 1 Glas Bier

Vorgeschichte: Heroinkonsum (1 Jahr, davon 6 Monate regelmäßig 3×/Woche),
seit 1 Jahr Methadon-Erhaltungstherapie (20 mg)

Sozialanamnese (Stichwörter)

Verheiratet, lebt mit Familie in Wohnung, 2 gesunde Kinder (20 J., 16 J.),
arbeitet im Kundensupport (Onlinehandel für Musikinstrumente/Tontechnik)

Familienanamnese (Stichwörter)

Mutter: 80 J., Apoplex mit 60 J., Katarakt re. (OP geplant)

Vater: verstorben mit 64 J. an Bronchialkarzinom (metastasiert)

Medikamente (Stichwörter)

Glibenclamid 3,5 mg 1× morgens
Ramipril 5 mg 1× morgens
Atorvastatin 20 mg 1× abends
Aspirin 81 mg 1× mittags
Methadon 20 mg täglich (Erhaltung)
Ibuprofen 600 mg bei Bedarf
Daivobet®-Salbe 1–2× täglich bei Exazerbationen

Anamnese (Vollsätze)

Der Patient stellte sich mit seit einer Stunde plötzlich aufgetretener linksseitiger Hemiparese, Dysarthrie und Parästhesien vor. Zusätzlich berichtete er über ein allgemeines Schwächegefühl seit etwa vier Stunden, mittelgradige drückende Cephalgie („nicht zu schlimm“), retrograde Amnesie, Konzentrationsstörungen und orthostatische Hypotonie. Gestern versehentlich 40 mg statt 20 mg Methadon eingenommen. Es wurden u. a. folgende Symptome verneint: Pyrexie, Bewusstseinsverlust, Vertigo, Sehstörungen, Ptosis, Fazialparese, Hypästhesien im Gesicht, Nausea, Emesis, Dysphonie, Kau-/Schluckstörungen, Inkontinenz, Krampfanfälle, SHT, Thoraxschmerzen, Dyspnoe, periphere Ödeme, Aura. Vegetative Anamnese: subjektive Gewichtszunahme, ungesunde Ernährung mit negativer Auswirkung auf Blutdruck- und Blutzuckerwerte. Vorerkrankungen: Diabetes mellitus Typ 2 (seit 10 J., Glukosesensor, keine Komplikationen), arterielle Hypertonie (seit 10 J., keine Komplikationen), Hypercholesterinämie (seit 10 J.), Psoriasis vulgaris (seit 5 J., Hände, getriggert durch Detergenzien), alte LWS- und Calcaneusfraktur nach Sturz (20 J. zurück, operativ versorgt, Implantat im Calcaneus in situ, seither rezidivierende Lumbalgie).

Verdachtsdiagnose – Differentialdiagnose (Vollsätze)

Die Anamnese und Klinik sprechen am ehesten für einen ischämischen Apoplex.

Differentialdiagnosen: TIA, intrazerebrale Blutung, kardiale Synkope, epileptischer Anfall mit postiktaler Parese, Migräne mit Aura, raumfordernder Prozess, metabolische Entgleisung (Hypo-/Hyperglykämie).

Weiteres Vorgehen – Therapie (Vollsätze)

Sofortige neurologische Untersuchung und bildgebende Diagnostik (cCT).

Labordiagnostik inkl. Blutzucker, Gerinnung, Elektrolyte.

Vitalparameterüberwachung, EKG.

Thrombolyse bei bestätigtem ischämischen Schlaganfall und erfülltem Zeitfenster prüfen.

Sekundärprophylaxe bei entsprechender Diagnose einleiten.

Unterschrift

Morteza Soltani

Mit freundlichen Grüßen

youtube.com/@Fach.Leiter

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

instagram.com/fachleiterinfo

tiktok.com/@fachleiter

Fachleiter