

Patient/ in

Datum

09/08/2025

Anrede: Herr/Frau Oberarzt/Oberärztin,
Hiermit möchte ich Ihnen die Patientin Maria
Huber vorstellen.



Alter 54 Jahre

Gewicht 78 kg

Größe 168 cm

Allergien (Stichwörter)

Fruktoseintoleranz (Trauben, Äpfel, Birnen, Wassermelone) → Diarrhö
Gräserpollenallergie → Epiphora, Rhinorrhö, Kratzen im Hals

Genussmittel / Drogen (Stichwörter)

Nikotinabusus seit 20 Jahren, 10 Zigaretten/Tag (≈ 10 Packungsjahre)
Nächtlicher produktiver Husten
Abends 1 Glas Wein zur Sedierung
Früher gelegentlicher Cannabiskonsum, seit Jahren abstinent

Sozialanamnese (Stichwörter)

Beruf: Reisebegleiterin
Verheiratet, zwei gesunde Töchter, ein Enkelsohn (Varizellen vor 1 Woche)
Haustier: Hund

Familienanamnese (Stichwörter)

Vater (80 J.): Kolonkarzinom vor 10 Jahren → partielle Kolektomie + Kolostomie
Mutter (75 J.): Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Unterschenkelödeme
(mögliche Herz- oder Niereninsuffizienz)

Medikamente (Stichwörter)

Atorvastatin 20 mg 1-0-0
Enalapril 2,5 mg 0-1-0
Ibuprofen bei Bedarf
Movicol Beutel bei Bedarf
Baldrian Dragees bei Bedarf

Anamnese (Vollsätze)

Die Patientin hat seit etwa vier Stunden plötzlich aufgetretene, starke, dumpfe, postprandiale Schmerzen im rechten Oberbauch verspürt, die in die rechte Schulter ausstrahlten.

Die Schmerzen verstärken sich bei Husten, Bewegung sowie tiefem Einatmen.

Sie gab an, seit neun Monaten ähnliche Beschwerden nach fettreichen Mahlzeiten zu haben, mit einer Schmerzintensität von 4/10.

Die Einnahme von Pantoprazol habe bislang keine relevante Besserung gebracht.

Im Moment liegt die Schmerzintensität bei etwa sieben von zehn.

Laut eigenen Angaben nahm sie vor etwa einer Stunde 600 mg Ibuprofen ein, jedoch ohne spürbare Linderung der Beschwerden.

Begleitend bestünden Inappetenz, Nausea und eine Druckdolenz im rechten Oberbauch. Fieber, Erbrechen, Blutauflagerungen im Stuhl, Dysphagie oder Ikterus hat sie verneint.

Auch über Atemnot, Thoraxenge, Tachykardie oder Husten berichtet sie nicht.

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, abgesehen von einer berufsbedingten Insomnie in Form von Einschlafstörungen, dem regelmäßigen Verzehr fettreicher Speisen sowie einer seit etwa fünf Jahren bestehenden Obstipation.

Vorerkrankungen: gastroösophageale Refluxkrankheit, arterielle Hypertonie (gut eingestellt), Hyperlipidämie, Unguis incarnatus re. Hallux (OP geplant), gelegentliche Lumbalgie bei lumbalem Diskusprolaps (konservativ behandelt), Rippenkontusion re. (Reitunfall vor 10 Jahren).

Voroperationen: Appendektomie bei perforierter Appendizitis mit Peritonitis vor 20 Jahren.

Gynäkologisch: 1. Entbindung spontan, 2. per Sectio caesarea, seit 7 Jahren Menopause, keine pathologischen gynäkologischen Befunde.

Verdachtsdiagnose – Differentialdiagnose (Vollsätze)

Am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine biliäre Genese im Rahmen einer Cholezystolithiasis.

Differenzialdiagnostisch kommen ein Ulcus ventriculi (keine typische NSAR-Anamnese, keine Hämatemesis oder Meläna, kein Ansprechen auf PPI), eine Hepatitis (kein Ikterus, keine Fatigue oder Emesis) sowie eine akute Pankreatitis (keine gürtelförmigen Schmerzen, keine Alkohol- oder Steinanamnese) in Betracht.

Weiteres Vorgehen – Therapie (Vollsätze)

Es erfolgte eine klinische Untersuchung einschließlich Prüfung des Murphy-Zeichens sowie die Einleitung einer Schmerztherapie.

Zur weiteren Abklärung wurden Laboruntersuchungen (Blutbild, CRP, Leberwerte, Lipase und Amylase) veranlasst und eine Abdomensonographie durchgeführt.

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