

Patient/ in

Datum

02/08/2025

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



Alter 64 Jahre

Gewicht 92 kg

Größe 167 cm

Allergien (Stichwörter)

Pferdehaare: Husten, Urtikaria → Behandlung mit Fexofenadin 120 mg und Tragen einer Maske

Genussmittel / Drogen (Stichwörter)

Raucht seit 20 Jahren ca. 1 Schachtel/Tag (≈ 20 Packungsjahre)
Nächtlicher produktiver Husten → Verdacht auf beginnende COPD
Alkohol: ca. 1 Glas Bier/Woche
Kein Drogenkonsum

Sozialanamnese (Stichwörter)

Teamleiterin im Kundenservice (Telekom), aktuell im Homeoffice
Verheiratet, zwei erwachsene Kinder (22 und 19 Jahre, beide übergewichtig)

Familienanamnese (Stichwörter)

Vater: verstorben mit 65 Jahren nach drittem Myokardinfarkt, Diabetes mellitus, Adipositas
Mutter: 85 Jahre, lebt im Pflegeheim, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas

Medikamente (Stichwörter)

Ramipril 10 mg 1-0-0
Hydrochlorothiazid 25 mg 0-0-1
Atorvastatin 40 mg 0-0-1
Allopurinol (Zyloric®) 100 mg 1-0-1

Ibuprofen 400 mg bei Bedarf

Fosfomycin (bei Zystitis-Episoden)

Clotrimazol (bei Mykose)

Anamnese (Vollsätze)

Die Patientin stellte sich vor mit seit etwa einem Jahr bestehenden Symptomen von chronischer Fatigue und ausgeprägter Asthenie, die sich in den letzten drei Monaten deutlich verschlechtert haben. Begleitend bestehen, Polyurie (bis zu 10 Miktionen/Tag, 3 Miktionen/Nacht), Polydipsie (3–4 Liter Flüssigkeit/Tag) sowie Polyphagie mit Heißhunger auf Süßigkeiten und rezidivierende Episoden von Hyperhidrose.

Sie erzählte, dass sie Konzentrationsstörungen habe, in dem Sinne, dass sie ihre Gedanken nicht richtig sortieren und sich beim Reden nicht gut ausdrücken können habe.

Sie gab an, keine Einschränkungen bei der körperlichen Aktivität zu haben.

In den letzten sechs Monaten traten zwei Episoden einer akuten Zystitis auf, jeweils mit Fosfomycin behandelt. Vor drei Monaten wurde eine interdigital betonte Tinea pedis mit Clotrimazol therapiert.

Es bestehen keine Hinweise auf Hypästhesien oder Parästhesien, trophische Störungen, ophthalmologische oder nephrologische Beschwerden, Anämiezeichen, Herzsymptomatik oder Hypothyreose. Vegetative Anamnese unauffällig bis auf Insomnie durch Polyurie sowie eine unausgewogene Ernährung (viel Fett, Kohlenhydrate) mit Gewichtszunahme von 8 kg in 9 Monaten.

Vorerkrankungen:

Arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie seit 8 Jahren (aktuell suffizient eingestellt).

Urikopathie seit 10 Jahren, zuletzt Gichtanfall vor 2 Jahren.

Verdacht auf obstruktive Schlafapnoe (Schnarchen, Atempausen laut Ehemann).

Vor 2 Jahren Operation bei lumbalem Diskusprolaps.

Verdachtsdiagnose – Differentialdiagnose (Vollsätze)

Die klinischen Angaben sprechen am ehesten für einen Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der bestehenden Adipositas. Als Differentialdiagnosen kommen ein sekundärer Diabetes mellitus – beispielsweise endokrin bedingt, medikamentös ausgelöst oder pankreatogen – sowie ein Diabetes insipidus in Betracht.

Weiteres Vorgehen – Therapie (Vollsätze)

Es sollte eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden, einschließlich einer sorgfältigen Inspektion des diabetischen Fußes sowie einer Ophthalmoskopie. Im Labor sind ein Nüchternblutzucker, der HbA1c-Wert, ein Lipidprofil, Elektrolyte, Harnstoff und Kreatinin zu bestimmen.

Zudem sollte ein EKG als Basisuntersuchung erfolgen.

Ein internistisches Konsil wird empfohlen.

Die Therapie richtet sich anschließend nach den Laborwerten und kann als Mono- oder als Kombinationstherapie eingeleitet werden.

Unterschrift

Morteza Soltani

Mit freundlichen Grüßen

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)

[tiktok.com/@fachleiter](https://www.tiktok.com/@fachleiter)

Fachleiter