

Patient/ in

Datum

27/07/2025

Anrede: Herr/Frau Oberarzt/Oberärztin,
Hiermit möchte ich Ihnen Herrn Hans Keller vorstellen.



Alter 63 Jahre

Gewicht 94 kg

Größe 178 cm

Allergien (Stichwörter)

Kontaktallergie gegen Diclofenac (lokales Erythem, Überwärmung),
Nahrungsmittelallergie gegen Meeresfrüchte (Lidödem, Parästhesien der Zunge)

Genussmittel / Drogen (Stichwörter)

Frühere Raucherkarriere (1,5 Pkg./Tag, bis zum 50. Lj.),
Alkohol: 2–3 Dosen Bier/Woche,
kein Drogenkonsum

Sozialanamnese (Stichwörter)

Teilzeit-Heizungsinstallateur,
betreut pflegebedürftige Ehefrau (Apoplex),
lebt mit Ehefrau zusammen,
zwei Kinder, ein Enkelkind (Scarlatina seit 3 Tagen)

Familienanamnese (Stichwörter)

Mutter: Tod mit 63 J. nach Darmperforations-OP
Vater: Tod Anfang 70 an Hirntumor (mit Kopfschmerzen, Verwirrtheit)

Medikamente (Stichwörter)

Benazepril 10 mg 1x täglich,
HCT 12,5 mg,
Metformin 500 mg 1-0-1,
ASS 81 mg

Anamnese (Vollsätze)

Der Patient berichtete über eine seit neun Monaten bestehende, chronisch progrediente Ulzeration im Bereich des rechten Malleolus medialis, die sich in den letzten drei Tagen deutlich vergrößert und vertieft hat.

Initial hat sich die Hautveränderung als juckende, erythematöse und schuppige Läsion präsentiert.

Im weiteren Verlauf ist eine kleine Ulzeration entstanden.

Bezüglich der Größe gab er an, die Veränderung sei zunächst etwa so groß wie eine Linse gewesen, habe jedoch mittlerweile die Größe einer 10-Cent-Münze, genauer gesagt einen Durchmesser von etwa zehn Millimetern, erreicht.

Zu Beginn waren die Ulkusränder glatt und gut begrenzt. Inzwischen wirken sie unregelmäßig.

Die umliegende Haut ist zeitweise gerötet und bei Palpation verhärtet.

Die Schmerzen sind ständig vorhanden, aber meist nicht stark.

Er berichtete, die Schmerzintensität betrage beim Verbandswechsel 8/10 und in Ruhe 3–4/10 auf der Schmerzskala.

Nach etwa 10 bis 15 Minuten Stehen oder Gehen kommt es zu einem Schwere- und Ermüdungsgefühl im betroffenen Bein.

Durch Hochlagerung bessern sich die Beschwerden laut seinen Angaben deutlich.

Die Wunde wurde unregelmäßig versorgt.

Klinischer Befund:

Beidseitiges, eindrückbares Unterschenkelödem (rechts > links), rötlich-bräunliche Hyperpigmentierung, lokale Hypothermie, Pruritus und schleimige Sekretion.

Zudem lokales Effluvium, verdickte gelbliche Zehennägel und foetoröser Geruch.

Eine rezeptfreie Heilsalbe brachte keine Verbesserung.

Es bestehen keine Hinweise auf eine Lumbalgie bzw. Radikulopathie, eine tiefe Venenthrombose, ein Trauma des Fußes sowie eine Polyneuropathie

Es bestehen weder Dyspnoe noch thorakale Schmerzen.

Die Hautärztin wurde nicht aufgesucht, da sie sich laut Angaben des Patienten derzeit in einer Fortbildung befindet.

Die vegetative Anamnese zeigt schmerzbedingte Insomnie und Obstipation.

Der Patient äußert den Wunsch nach Gewichtsreduktion (BMI 29,7).

An Vorerkrankungen sind bekannt:

TVT des rechten Beins vor fünf Jahren (2 Jahre Marcumar),

Varikosis seit drei Jahren (rechts > links),

Diabetes mellitus Typ 2 seit 10 Jahren (keine bekannten Folgekomplikationen),

arterielle Hypertonie (unzureichend eingestellt),

altersbedingte Schwerhörigkeit seit 3 Jahren (Hörgerät beidseits),

Appendektomie im Alter von 27,

Ringbandspaltung bei schnellendem Finger (komplikationslos),

Koloskopie vor 7 Jahren mit Abtragung eines benignen Polypen; Kontrolltermin nicht wahrgenommen.

3 Ulcus cruris

Verdachtsdiagnose – Differentialdiagnose (Vollsätze)

Die klinische Konstellation spricht anamnestisch und morphologisch am ehesten für ein Ulcus cruris venosum. Hinweise dafür sind u. a. die Lokalisation, die Varikosis, frühere TVT, chronische Ödeme, Hyperpigmentierung und die schleichend zunehmenden Schmerzen. Differenzialdiagnostisch kommen ein Ulcus cruris arteriosum sowie ein diabetisches Fußsyndrom in Betracht; beide können auch gleichzeitig vorliegen.

Weiteres Vorgehen – Therapie (Vollsätze)

Es erfolgt eine stationäre Aufnahme zur weiteren Abklärung und Therapie. Geplant sind eine körperliche Untersuchung, eine Doppler- und Duplexsonographie der Beinvenen, die Bestimmung des Nüchternblutzuckers (FBS), eine HbA1c-Kontrolle, die Erhebung des Lipidprofils sowie die Bestimmung von CRP und ein Differenzialblutbild. Zudem soll der Wundstatus einschließlich einer Fotodokumentation dokumentiert werden. Eine Schulung zur Wundpflege und Hauthygiene ist ebenfalls vorgesehen.

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