

Patient/ in

Datum

14/09/2025

Anrede: Herr/Frau Oberarzt/Oberärztin,
Hiermit möchte ich Ihnen die Patienten Frau
Elisabeth Altmann vorstellen.



Alter 57 Jahre

Gewicht 88 kg

Größe 166 cm

Allergien (Stichwörter)

Amoxicillin → Urtikaria

Laktoseintoleranz → abdominelle Beschwerden (Diarrhö, Schmerzen)

Genussmittel / Drogen (Stichwörter)

Nikotin: 20 Zigaretten/Tag seit 30 Jahren (≈20 Packungsjahre)

Alkohol: gelegentlich Wein/Bier

Drogen: verneint

Sozialanamnese (Stichwörter)

Tätigkeit: Angestellte im Steuerbüro

Familienstand: seit 15 Jahren in zweiter Ehe

lebt mit 9-jährigem Pflegesohn zusammen (Pediculosis capitis vor 2 Wochen,
behandelt mit Nyda® und Läusekamm)

Familienanamnese (Stichwörter)

Vater: mesenteriale Durchblutungsstörung, verstorben mit 75 J.

Mutter: 70 J., Pflegeheim; Varizen, Coxarthrose mit Hüft-TEP und Re-TEP nach
Infektion, bekannte Gerinnungsstörung

Medikamente (Stichwörter)

Votum plus® 20/12,5 mg 1-0-0
Decoderm® Creme nach Bedarf
Hormoncreme wegen Trockenheit
Ibuprofen 400 mg Tbl. bei Bedarf
Movicol® bei Bedarf

Anamnese (Vollsätze)

Lungenembolie (14/09/2025)

Die Patientin stellte sich erneut in der Notaufnahme vor, nachdem sie vor zwei Tagen eine empfohlene stationäre Aufnahme bei Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose des linken Beins gegen ärztlichen Rat abgelehnt hatte.

Seit etwa zwei Stunden besteht plötzlich einsetzende Dyspnoe, die bereits in Ruhe vorhanden ist und sich bei geringer Belastung deutlich verstärkt. Zudem berichtet die Patientin über stechende, rechtsseitige, atemabhängige Thoraxschmerzen mit einer Schmerzintensität von etwa 6/10. Begleitend bestehen Husten mit gering blutig tingiertem Sputum, Palpitationen sowie kurzzeitiger Schwindel ohne Synkope. Fieber und Schüttelfrost werden verneint.

Die Schwellung und die Schmerzen des linken Beins bestehen weiterhin und haben nach Angaben der Patientin sogar zugenommen.

Eine empfohlene Behandlung wurde nicht begonnen.

TVT (12/09/2025)

Die 57-jährige Patientin stellte sich nach Überweisung durch ihre Hausärztin wegen seit zwei Tagen bestehender, akut aufgetretener und progredienter ziehender Schmerzen des linken Unterschenkels in unserer Klinik vor.

Die Schmerzen strahlen in die Sura und bis in die Planta pedis aus. In Ruhe betrage die Schmerzintensität ca. 5/10, unter Belastung bis zu 7/10. Sie gab an, sie könne das Bein kaum belasten, weder beim Gehen noch beim Aufstehen; eine Hochlagerung lindere die Beschwerden.

Klinisch zeigen sich eine glänzende Haut mit rötlich-bläulicher Verfärbung, Hyperthermie sowie ein Umfangsunterschied.

Seit einem Jahr bestehen zusätzlich trophische Veränderungen (Ekzem) links.

Dyspnoe und thorakale Schmerzen wurden verneint.

Vegetative Anamnese ist unauffällig außer Obstipation.

Folgendes sind relevante **Vorerkrankungen**: Varikosis seit 20 Jahren, arterielle Hypertonie seit 12 Jahren (gut eingestellt), seborrhoisches Ekzem, Tendovaginitis des linken Handgelenks, Fraktur und Bandruptur des linken Mittelfußes nach Fahrradsturz vor 12 Jahren.

Voroperationen: Laparotomie mit Hysterektomie und rechter Ovariectomie bei Extrauterin gravidität vor 20 Jahren.

Gynäkologie: Menopause seit 9 Jahren; Hormoncreme wegen Trockenheit

Verdachtsdiagnose – Differentialdiagnose (Vollsätze)

Aufgrund der plötzlich aufgetretenen Dyspnoe, der atemabhängigen rechtsseitigen Thoraxschmerzen, des blutig tingierten Auswurfs sowie der weiterhin bestehenden Schwellung des linken Beins besteht der dringende Verdacht auf eine akute Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose links. Als Differenzialdiagnosen kommen insbesondere ein akutes Koronarsyndrom, ein Pneumothorax sowie eine Pleuritis in Betracht.

Weiteres Vorgehen – Therapie (Vollsätze)

Zur weiteren Abklärung werden zunächst die Vitalparameter erhoben sowie eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Darüber hinaus erfolgen eine Blutgasanalyse, eine Labordiagnostik einschließlich D-Dimeren, Troponin und Gerinnungsparametern sowie ein 12-Kanal-EKG. Zur Sicherung der Diagnose ist eine CT-Pulmonalisangiographie vorgesehen. Zusätzlich sollte eine Kompressionssonographie der Beinvenen durchgeführt werden. Bei hohem klinischem Verdacht und fehlenden Kontraindikationen sollte unverzüglich eine therapeutische Antikoagulation eingeleitet werden. Ferner sind eine engmaschige stationäre Überwachung, eine symptomorientierte Therapie mit Sauerstoffgabe bei Hypoxämie sowie eine ausreichende Analgesie 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