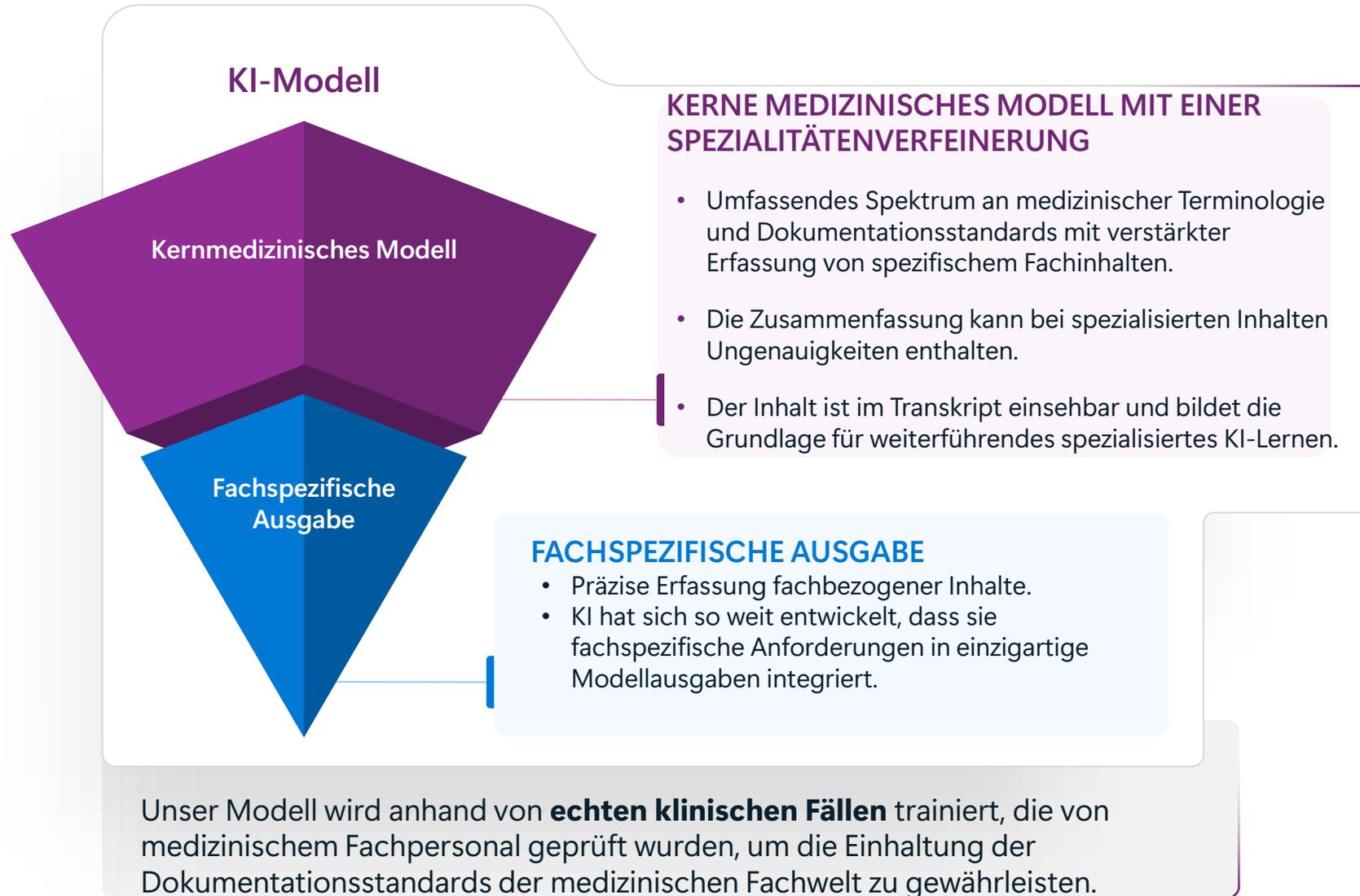
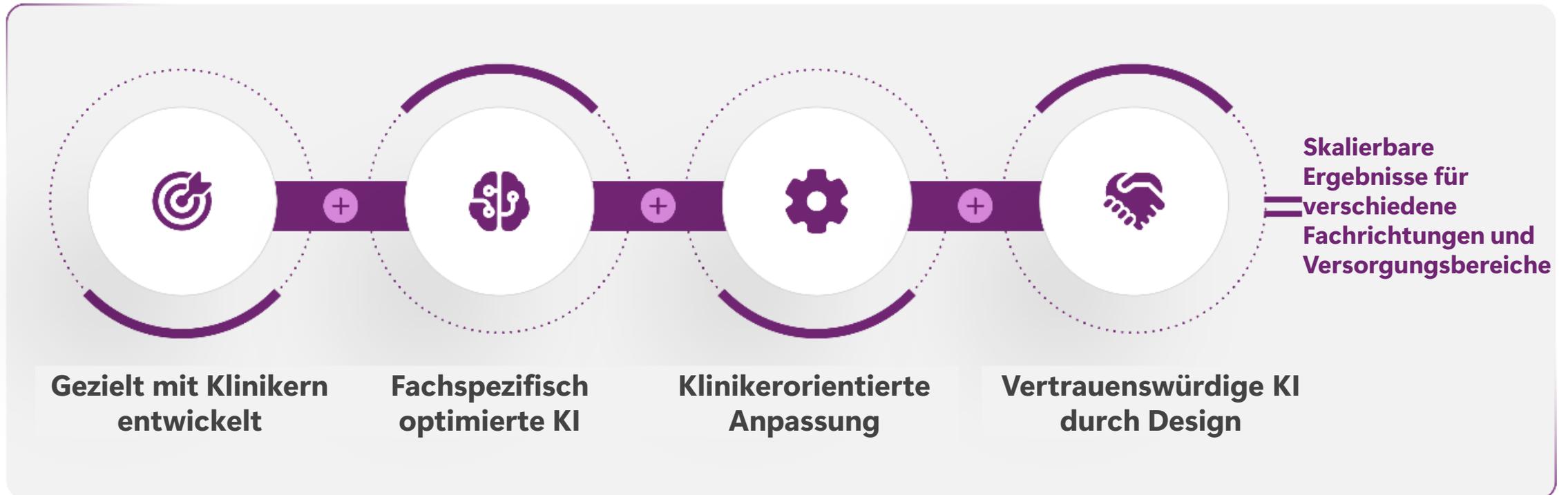


Fachspezifische Optimierung

July 2025



KI-Modell



Spezialisierte Modellentwicklung

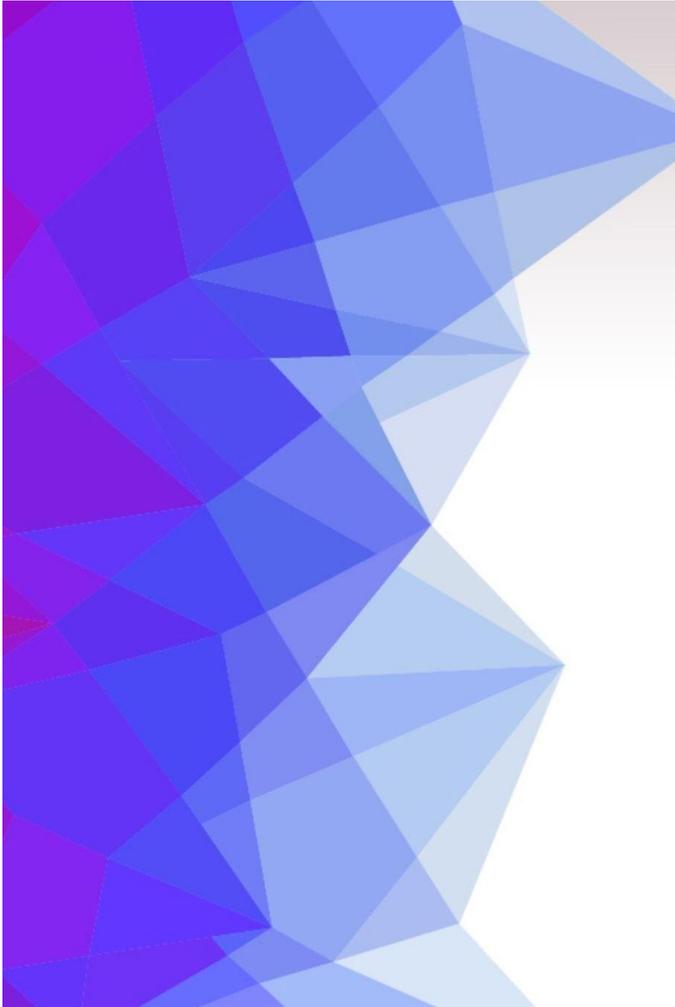
Prioritäre Arbeiten zur fachbereichsspezifischen Optimierung und schnelle Verbesserungen in der Reaktionsfähigkeit

Entwicklung einzigartiger Spezialmodelle basierend auf:

- **Kunden-Insights**
- Wissen und Forschung von Microsoft-Expert:innen im Gesundheitswesen
- Empfehlungen nationaler Fachverbände
- Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen im Rahmen des Early-Access-Programms

Fortlaufender Fokus auf zusätzliche Anforderungen von Sub-Spezialgebieten

Zusammenfassung der Verbesserungen



- Die Anamnese erfasst gezielt Informationen, die auf das jeweilige Fachgebiet zugeschnitten sind.
- Die körperliche Untersuchung umfasst alle erforderlichen fachspezifischen Unterkategorien und Befunde.
- Die Untersuchungsergebnisse basieren auf dem Transkript, wobei umgangssprachliche Begriffe in medizinische Fachsprache umgewandelt werden.
- Je nach Informationsquelle und technischen Vorgaben werden die Ergebnisse im entsprechenden Abschnitt dargestellt.
- Im Abschnitt „Weiteres Prozedere“ wird eine präzise Fachsprache für diagnosespezifische Bewertungen und Therapieempfehlungen verwendet, entweder in Listenform oder als Fließtext.
- Vorherige Eingriffe werden entsprechend den verfügbaren Daten im relevanten Abschnitt dokumentiert.
- Das Gesamtlayout der Dokumentation orientiert sich an den spezifischen Anforderungen des jeweiligen Fachgebiets.

Vorteile der gezielten Fachbereichsverbesserung



- Verbessert die Genauigkeit in der medizinischen Dokumentation und Patientenversorgung.
- Verringert die kognitive Belastung der Kliniker und potenzielle Fehler.
- Ermöglicht eine schnellere und effizientere Verarbeitung von Patientendaten.
- Steigert die Zufriedenheit der Kliniker und die Akzeptanz der Technologie.

Geplanter allgemeiner Verfügbarkeitsdatum für die Fachbereichsverbesserung

| Juli- Active | Juli- Active | August |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Innere Medizin• Gastroenterologie• Augenheilkunde• Psychiatrie/Psychische Gesundheit• Orthopädie | <ul style="list-style-type: none">• Medizinische Onkologie• Notfallmedizin• Allergie & Immunologie• Pädiatrie• Kardiologie• Neurochirurgie• Nephrologie• Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde• Allgemeine Chirurgie• Gynäkologie und Geburtshilfe | <ul style="list-style-type: none">• Zusätzliche Fachgebiete basierend auf Kundenwünschen• Weitere Verfeinerungen auf Grundlage von Rückmeldungen aus der klinischen Praxis und interner medizinischer Expertise• Stile und anpassbare Vorlagen |

Beispiele für Fachspezialitäten

Allgemeine Chirurgie

Gezielte Verbesserungen:

- Anamnese
 - Erweitert um einen eigenen Abschnitt zur chirurgischen Vorgeschichte sowie aktualisierte Formatierung der Sozial- und Familienanamnese.
 - Begrenzter Einsatz von Pronomen und/oder „der Patient“.
- Körperliche Untersuchung
 - Aktualisierte Formatierung mit systemspezifischen Überschriften.
 - Verbesserte Dokumentation von Risiken, Nutzen und Alternativen.
- Weitere Aktualisierungen
 - Aktualisierte Formatierung für die Ergebnisse.
 - Überarbeiteter Abschnitt für Prozeduren mit aktualisierter Dokumentationsformatierung.
 - Es werden nur während der Konsultation durchgeführte Prozeduren aufgenommen.



Allgemeine Chirurgie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin ist eine 65-jährige Frau, die zur Nachsorge nach einer Kolektomie vorstellig wird.

Sie berichtet von einer allgemeinen Verbesserung ihres Zustands mit einer Abnahme der Bauchschmerzen. Sie verspürt gelegentlich stechende Schmerzen und gelegentliche brennende Empfindungen beim Wasserlassen. Ihre Stuhlgewohnheiten sind regelmäßig, meist nach dem Abendessen, ohne Dringlichkeit. Sie hat einen guten Appetit und hat keine Fieber oder Schüttelfrost erlebt. Sie erinnert sich an eine kürzliche Episode von Magenbeschwerden nach dem Verzehr eines French Dip, stellt jedoch fest, dass diese nicht schwerwiegend war. Sie äußert Bedenken hinsichtlich der Wiederaufnahme von Bootsaktivitäten im kommenden Sommer.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin ist eine 65-jährige Frau, die zur Nachuntersuchung nach einer am 01.02.2025 aufgrund von Divertikulitis durchgeführten Kolektomie vorstellig wird.

Insgesamt wird eine Besserung ihres Zustands berichtet, mit einer Abnahme der Bauchschmerzen. Gelegentlich treten stechende Schmerzen und manchmal brennende Empfindungen beim Wasserlassen auf. Die Stuhlgewohnheiten sind regelmäßig und erfolgen typischerweise nach dem Abendessen, ohne Dringlichkeit. Sie hat einen guten Appetit und berichtet weder von Fieber noch von Schüttelfrost. Sie erinnert sich an eine kürzliche Episode von Magenbeschwerden nach dem Verzehr eines French-Dip-Sandwiches, die jedoch nicht schwerwiegend war. Sie äußert Bedenken hinsichtlich der Wiederaufnahme von Bootsaktivitäten in diesem Sommer.

VERGANGENE CHIRURGISCHE EINGRIFFE:

Kolektomie am 01.02.2025 wegen Divertikulitis.

Allgemeine Chirurgie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Die Inzision am Hals zeigt eine leichte Schwellung, und es sind noch Reste von Hautkleber sichtbar. Auf der linken Halsseite berichtet die Patientin über ein stechendes Gefühl, jedoch ist das Ende der Naht nicht tastbar.

Beidseitig sind Giemen über den Lungen auskultierbar. Die Atembewegungen sind normal. Das Herz zeigt einen regelmäßigen Rhythmus und eine normale Frequenz.

An den Armen besteht keine Ödematisierung. Die Hautfarbe ist unauffällig, und die Radialispulse sind gut tastbar. An den Beinen zeigt sich ein leichtes Ödem; diese sind mit Kompressionsstrümpfen bedeckt.

Fachspezifische Inhalte

Hals:

Die Inzision am Hals zeigt eine leichte Schwellung, und es sind noch Reste von abschuppendem Hautkleber sichtbar. Auf der linken Halsseite berichtet die Patientin über ein stechendes Gefühl, jedoch ist das Nahtende nicht tastbar.

Respiratorisch:

Beidseits sind Giemen über den Lungen auskultierbar. Die Atembewegungen sind normal.

Kardiovaskulär:

Das Herz zeigt eine regelmäßige Frequenz und einen regelmäßigen Rhythmus.

Extremitäten:

An den Armen besteht kein Ödem. Die Hautfarbe ist unauffällig, und die Radialispulse sind gut tastbar. An den Beinen zeigt sich ein leichtes Ödem; diese sind mit Kompressionsstrümpfen bedeckt.

Allgemeine Inhalte

1. Abdominalschmerzen:

Die Symptome des Patienten – einschließlich Obstipation, fehlender Windabgang und Erbrechen – deuten auf einen möglichen Dünndarmileus hin. Die Hernie scheint nicht die Ursache der Obstruktion zu sein, da keine Inkarzeration vorliegt. Die Gallenblase ist vergrößert und entzündet. Eine Dünndarmpassage wird durchgeführt, um einen Ileus auszuschließen. Sollte sich eine Obstruktion bestätigen, ist eine stationäre Aufnahme erforderlich. Dem Patienten wurde geraten, mindestens einen Monat vor einem möglichen Hernienverschluss auf das Rauchen und den Konsum von Methamphetamin zu verzichten.

Fachspezifische Inhalte

1. Abdominalschmerzen:

Die Symptome des Patienten – einschließlich Obstipation, fehlender Windabgang und Erbrechen – deuten auf einen möglichen Dünndarmileus hin. Die Hernie scheint nicht die Ursache der Obstruktion zu sein, da keine Inkarzeration vorliegt. Die Gallenblase ist vergrößert und entzündet. Eine Dünndarmpassage (Small Bowel Follow-Through) wird durchgeführt, um einen Ileus auszuschließen. Sollte eine Obstruktion festgestellt werden, ist eine stationäre Aufnahme erforderlich.

Dem Patienten wurde geraten, mindestens einen Monat vor einem möglichen Hernienverschluss auf das Rauchen sowie den Konsum von Methamphetamin zu verzichten. Die Risiken, Vorteile und Alternativen der Dünndarmpassage sowie einer möglichen stationären Aufnahme wurden mit dem Patienten ausführlich besprochen. Der Patient versteht, dass im Falle eines nachgewiesenen Ileus eine sofortige Intervention erforderlich sein kann.

Allgemeine Chirurgie: Therapie

Allgemeine Inhalte

THERAPIE

Der Patient wurde vor diesem Termin einer Cholezystektomie und ERCP unterzogen.

Fachspezifische Inhalte

THERAPIE

Verfahren: Entfernen von Klammern an einer Bauchinzision

Alle Fragen wurden beantwortet, und nach Durchsicht der folgenden Vorbereitungsdetails wurde die Zustimmung zum Fortfahren erteilt:

Risiken und Vorteile: Mögliche leichte Beschwerden während des Klammernentfernens wurden besprochen.

Einwilligung: Mündliche Einwilligung zur Entfernung der Klammern eingeholt.

Während des Verfahrens:

Vorbereitung der Stelle: Die Inzisionsstelle wurde mit antiseptischer Lösung gereinigt.

Verband: Klebestreifen zur Hautverschluss und ein steriler Verband wurden über der Inzisionsstelle angebracht.

Nach dem Verfahren:

Verträglichkeit: Das Verfahren wurde gut vertragen.

Anweisungen für die häusliche Pflege: Es wurde geraten, die Inzisionsstelle sauber und trocken zu halten, auf Anzeichen einer Infektion zu achten und für weitere zwei Wochen schweres Heben oder Anstrengungen zu vermeiden.

Allergie & Immunologie

Gezielte Verbesserungen:

Gesamtnote: Stilistische Anpassungen, die speziell auf den Praxisbereich eines Allergologie- und Immunologie-Arztes zugeschnitten sind.

Allergien:

- Format wurde angepasst, um Reaktion, Schweregrad und Behandlung jeder Allergie in diesem Abschnitt zu erfassen.

Körperliche Untersuchung:

- Optimierte körperliche Untersuchung, bei der HEENT durch separate Abschnitte ersetzt wurde.
- Der aktuelle Arbeitsablauf für den Arzt bleibt unverändert. Die verbalen Äußerungen des Arztes werden wie bisher dokumentiert. Nur die verbalisierten Abschnitte werden extrahiert.

Ergebnisse

- Verbesserte Erfassung von allergiespezifischen Ergebnissen, einschließlich Allergietests und Datum der Untersuchung, sofern verbalisiert.

Beurteilung/Plan:

- Erweiterte Erfassung der Befunde, Empfehlungen und der im Rahmen des Besuchs erteilten Aufklärung.



Allgemeiner Inhalt

ALLERGIEN oder UNVERTRÄGLICHKEIT

Der Patient hat allergische Reaktionen auf ERDNÜSSE, CASHEWNÜSSE, WALNÜSSE, PECANNÜSSE, PISTAZIEN und HASELNÜSSE gezeigt.

Fachspezifische Inhalte

ALLERGIEN oder UNVERTRÄGLICHKEIT

- ERDNÜSSE: Verzögertes Erbrechen 2 bis 3 Stunden nach Einnahme, Diagnose etwa im Alter von 6 Monaten, positiver Hauttest, mögliche IgE-vermittelte Sensitivität.
- CASHEW: Positiver Hauttest.
- WALNUSS: Mundjucken und Reizungen, positiver Hauttest.
- PECAN: Positiver Hauttest.
- PISTAZIE: Positiver Hauttest.
- HASELNUSS: Positiver Hauttest.
- SAISONALE ALLERGIEN: Sehr mild, typischerweise im Frühling stärker, bei Bedarf mit oralen Antihistaminika behandelbar.

Allergie & Immunologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Die Nase sieht etwas entzündet aus. Schleim läuft ab. Der Rachen sieht gut aus.

Fachspezifische Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Nase: Nasenschleimhaut erscheint entzündet mit Schleimabfluss.
Rachen: Oropharynx erscheint normal.

Allergie & Immunologie: Diagnostik

Allgemeiner Inhalt

DIAGNOSTIK

Laboruntersuchungen

Der Allergietest war positiv für Cashew, Walnuss, Pekannuss, Pistazie, Haselnuss und negativ für Erdnuss, Mandel, Paranuss.

Fachspezifische Inhalte

DIAGNOSTIK

Allergietests

Hauttest: Positiv auf Cashew, Walnuss, Pekannuss, Pistazie, Haselnuss.

Negativ auf Erdnuss, Mandel, Paranuss

Allgemeine Inhalte

Lebensmittelprotein-induzierte Enterokolitis-Syndrom (FPIES) auf Erdnüsse.

Aufgrund der Möglichkeit einer Entwicklung einer IgE-vermittelten Sensibilisierung ist es ratsam, weitere Tests durchzuführen. Der erste Hauttest war negativ; dennoch wird aufgrund von Bedenken ein Serum-IgE-Test auf Erdnüsse durchgeführt. Falls das Ergebnis negativ oder niedrig ausfällt, wird unter stationärer Überwachung eine orale Erdnussprovokation eingeleitet. Dies ist notwendig wegen der möglichen verzögerten Reaktionszeit, der Schwere der Reaktionen und dem möglichen Bedarf an intravenöser Flüssigkeitszufuhr.

IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie gegen Baumnüsse.

Die Testergebnisse und die Anamnese sprechen für eine IgE-vermittelte Sensibilisierung gegenüber Baumnüssen. Es wird empfohlen, Baumnüsse vollständig zu meiden.

Fachspezifische Inhalte

1. Nahrungsmittelprotein-induziertes Enterokolitis-Syndrom (FPIES) auf Erdnuss.
 - Anamnese mit verzögertem Erbrechen 2 bis 3 Stunden nach dem Verzehr von Erdnüssen an zwei verschiedenen Gelegenheiten.
 - Erster Hauttest war negativ.
 - Möglichkeit der Entwicklung einer IgE-vermittelten Sensibilisierung wurde besprochen.
 - Ein Serum-IgE-Test auf Erdnuss wird durchgeführt. Falls dieser negativ oder niedrig ausfällt, wird ein oraler Provokationstest mit Erdnuss unter ärztlicher Aufsicht im Krankenhaus durchgeführt, aufgrund der möglichen verzögerten Reaktion und deren Schwere sowie der eventuellen Notwendigkeit einer intravenösen Flüssigkeitszufuhr.
2. IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie auf Baumnüsse
 - Kürzliches Auftreten von Juckreiz und Reizungen im Mund nach dem Verzehr von Walnüssen und Pinienkernen an verschiedenen Tagen.
 - Hauttest positiv auf Cashew, Walnuss, Pekannuss, Pistazie und Haselnuss; negativ auf Erdnuss, Mandel und Razolutt.
 - Es wurde eine vollständige Meidung von Baumnüssen empfohlen.

Augenheilkunde

Gezielte Verbesserungen:

Anamnese :

- Ergänzung der Vorgeschichte der Augen/Operationen

Körperliche Untersuchung:

- Verbesserungen der Struktur und Formatierung der körperlichen Untersuchung mit fachbereichsspezifischen Unterüberschriften
- Verbesserter Abruf von medizinisch relevanten ophthalmologischen Untersuchungsinhalten
- Präzise Formatierung numerischer Angaben und Maßeinheiten

Diagnostik:

- Entfernung von doppelten Untersuchungsbefunden im Ergebnisabschnitt

Weiteres Prozedere:

- Erfassung der korrekten ophthalmologischen Benennung, einschließlich Lateralisierung
- Reduzierung von Wiederholungen im Beurteilungs- und Planungsinhalt
- Verbesserte Erfassung detaillierter Diskussionen zu Risiko-Nutzen-Analysen, Kostenüberlegungen, Optionen für intraokulare Linsen und alternativen Möglichkeiten zur chirurgischen Intervention.

Therapie:

- Enthält nur gleichzeitige Tagesprozeduren



Allgemeine Inhalte

Spezialuntersuchungen

Die Augenuntersuchung zeigte, dass die LASIK-Lamelle klar ist. In beiden Augen liegt ein signifikanter Katarakt vor. Die Netzhaut sieht gut aus. Der Augennendruck ist heute normal.

DIAGNOSTIK

Laboruntersuchungen

Der HbA1c-Wert betrug 6,9 %.

Bildgebung

Die Hornhauttopographie ist stabil ohne Anzeichen einer Ektasie.

***Hinweis:** In diesem Beispiel wurden die Augennendruckmessungen nicht explizit verbalisiert. Wenn sie verbalisiert werden, enthält die Ausgabe eine numerische Angabe mit der entsprechenden Maßeinheit.

Fachspezifische Inhalte

Sehschärfe

Korrigiert:

OD: 20/100

OS: 20/70

Außenmuskeln des Auges (EOM)

OD: Voll funktionsfähig und intakt

OS: Voll funktionsfähig und intakt

Intraokularer Druck (IOP)

OD: Normal

OS: Normal

Spaltlampenuntersuchung

Hornhaut: Klar, ohne Färbung; LASIK-Lappen ist klar.

Iris: Keine Neovaskularisation oder Knötchen

Linse: Nukleäre sklerotische Katarakt

Fundusuntersuchung

Sehnerv: Flach und normal, rosa, gesund und ohne Ödem

Makula: Normale Kontur, ohne Blutung, Ödem, Drusen oder Exsudat

Gefäße: Normale Kontur, Kaliber ohne Neovaskularisation

Peripherie: Normales Erscheinungsbild ohne Netzhautläsionen,

Risse, Löcher oder Massen

ERGEBNISSE

Laboruntersuchungen

A1c betrug 6,9%.

Bildgebung: Kornea-Topographie ist stabil ohne Anzeichen von Ektasie.

Allgemeine Inhalte

1. Nukleäre sklerosierende Katarakte beider Augen

Der Patient stellt sich mit visuell signifikanten Katarakten in beiden Augen vor, mit einer Sehschärfe von 2/100 auf dem einen Auge und 2/70 auf dem anderen, was bedeutet, dass er nicht mehr fahrtauglich ist. Die natürliche Linse in beiden Augen ist getrübt und zeigt eine Gelbfärbung, was auf Katarakte hinweist. Es fand ein ausführliches Gespräch über die möglichen Vorteile und Risiken einer Kataraktoperation statt.

2. Zustand nach LASIK an beiden Augen

Die Hornhauttopographie ist stabil, ohne Hinweise auf eine Ektasie. Der LASIK-Flap ist klar, und es gibt keine Anzeichen für eine diabetische Retinopathie in einem der beiden Augen.

3. Diabetes mellitus

Der letzte HbA1c-Wert lag bei 6,9, was auf eine gute Blutzuckerkontrolle hinweist. Es gibt keine Hinweise auf eine diabetische Retinopathie in einem der beiden Augen.

Fachspezifische Inhalte

1. Nukleär sklerosierende Katarakte beider Augen

Es bestehen visuell signifikante Katarakte in beiden Augen.

Es fand ein ausführliches Gespräch über die potenziellen Vorteile und Risiken einer Kataraktoperation statt. Dabei wurden folgende Punkte besprochen:

- Einsatz von monofokalen Intraokularlinsen (IOLs)
- Verwendung von kosmetischen Linsen mit erweiterter Tiefenschärfe (EDOF)
- Die Genauigkeit der Linsenberechnung nach LASIK wurde thematisiert
- Die Möglichkeit, den ORA-Computer zur intraoperativen Messung zur Verbesserung der Refraktionsergebnisse einzusetzen, wurde vorgestellt

Der Patient wurde gebeten, die Optionen zu überdenken und seine Entscheidung per E-Mail mitzuteilen.

Für die Zeit nach der Operation wurde Folgendes empfohlen:

- Anwendung eines rezeptpflichtigen Augentropfens für jeweils 3 Wochen pro Auge
- Kein Heben von Lasten über 9 kg (20 Pfund)
- Kein Reiben der Augen
- Kein Schwimmen für eine Woche

2. Zustand nach LASIK, beidseits

Die LASIK-Flaps sind klar und ohne Auffälligkeiten.

3. Diabetes mellitus

Der letzte HbA1c-Wert lag bei 6,9%, was auf eine gute Blutzuckerkontrolle hinweist.

Es finden sich keine Hinweise auf eine diabetische Retinopathie in einem der beiden Augen.

Dermatologie

Gezielte Verbesserungen:

- Die problemorientierte Anamnese wird die Beschwerde, den Ort, den Beginn, die Dauer, die Charakteristik, verschlimmernde und lindernde Faktoren, Begleitsymptome, vorherige Behandlungen, soziale und umweltbedingte Faktoren sowie relevante medizinische Vorgeschichte (sofern zutreffend) umfassen.
- Die umfassenden dermatologischen Unterüberschriften wurden in die körperliche Untersuchung integriert, aktualisierte Liste:
 - Läsionen
 - Palpation
 - Nägel
 - Haare
 - Lymphknoten
- Weitere Aktualisierungen der Notizkomponenten:
 - Diagnostik enthält das Datum und das Ergebnis der Untersuchung, sofern zutreffend.
 - Der Abschnitt Therapie enthält nur jene, die während der aktuellen Konsultation durchgeführt wurden.
 - umfasst ein aktualisiertes Format zur Darstellung der Diagnose mit einem darunter aufgeführten gegliederten Plan, der Interventionen, Empfehlungen, Medikamente, Anordnungen usw. beinhaltet.



Allgemeine Inhalte

Die Patientin leidet unter Haarausfall und Nagelveränderungen. Sie erlebt seit Ende 20er Jahren einen fortschreitenden Haarausfall. Topisches Rogaine wurde kurzzeitig angewendet, jedoch fiel ihr die Applikation auf der Kopfhaut schwer. Der Haarausfall ist generalisiert, ohne begleitenden Juckreiz oder Brennen. Derzeit ist sie symptomfrei.

Ihre Nagelprobleme begannen mit dem rechten Daumnagel, erstmals im Alter von 11 Jahren bemerkt, und haben sich seitdem auf alle Nägel ausgeweitet. Dieses Problem trat auch an den Zehen auf.

Zusätzliche Informationen

In diesem Jahr wurde bei ihr eine Hyperthyreose diagnostiziert.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin stellt sich zum ersten Mal wegen Haarausfall und Nagelveränderungen vor.

Sie leidet seit Ende 20 an Haarausfall, der sich in den letzten 20 Jahren zunehmend verschlechtert hat. Anfangs hatte sie noch eine beträchtliche Menge Haare, aber der Haarausfall hat ohne Unterbrechung weiter zugenommen. Sie hat eine Zeit lang topisches Rogaine verwendet, fand es jedoch schwierig, es gleichmäßig auf der Kopfhaut anzuwenden. Der Haarausfall ist generalisiert, mit einer auffälligen Stelle, an der die Kopfhaut sichtbar ist. Es treten keine Juckreiz- oder Brenngefühle auf, und sie ist derzeit beschwerdefrei. Trotz vorheriger Arztbesuche wurden ihre Beschwerden aufgrund des anfänglich großen Haarvolumens nicht ernst genommen. Ihr Vater hatte ebenfalls frühzeitigen Haarausfall.

Die Nagelprobleme begannen an ihrem rechten Daumnagel, als sie etwa 11 Jahre alt war. Im Laufe der Jahre hat sich das Problem auf alle Fingernägel und zuletzt auch auf die Fußnägel ausgeweitet. Sie erinnert sich, dass ihre Fußnägel früher gerade und ohne Probleme waren, jetzt sind sie ähnlich betroffen wie die Fingernägel.

In diesem Jahr wurde bei ihr eine Hyperthyreose diagnostiziert, obwohl sie glaubt, die Symptome bereits seit etwa vier Jahren zu haben. In der Vergangenheit wurden bei ihr immer wieder Schilddrüsenuntersuchungen durchgeführt, die bis vor Kurzem keine Auffälligkeiten zeigten.

Allgemeine Inhalte

Venöse Läsion an der linken Antihelix des Integumentsystems festgestellt. Aktinische Keratose (AK) im präaurikulären Bereich der linken Seite vorhanden. Seborrhoische Keratose (SK) am rechten Bein beobachtet. Invasives Plattenepithelkarzinom (IOSK) am rechten Schienbein gefunden. Vereinzelt AKs an den Schläfen. Rötung im Bartbereich festgestellt. Präkanzeröse Läsion am rechten sternalen Einschnitt identifiziert. Schlecht definierte Erythem- und Exkoriationsstellen über den gesamten zentralen Rücken. Lentigo am unteren linken Augenlid am Lidrand vorhanden. AKs an der rechten Handrückseite gefunden. Melanomstelle am Rücken erscheint gesund. Füße sind trocken. AKs auf dem Oberkopf vorhanden.

Fachspezifische Inhalte

Haut:

- Venöser Fleck an der linken Antihelix festgestellt.
- Aktinische Keratose (AK) im präaurikulären Bereich der linken Seite vorhanden.
- Seborrhoische Keratose (SK) am rechten Bein beobachtet.
- Invasives Plattenepithelkarzinom (IOSK) am rechten Schienbein gefunden.
- Vereinzelt AKs an den Schläfen.
- Rötung im Bartbereich festgestellt.
- Präkanzeröse Läsion am rechten sternalen Kerbe identifiziert.
- Schlecht definierte Erythempatch und Exkorationen über den gesamten zentralen Rücken.
- Lentigo am linken unteren Augenlid am Lidrand vorhanden.
- AKs an der rechten Handrückseite gefunden.
- Melanomstelle am Rücken erscheint gesund.
- Füße sind trocken.
- AKs am Scheitel vorhanden.

Lymphknoten:

- Keine tastbare zervikale Lymphadenopathie.
- Keine tastbare supraklavikuläre Lymphadenopathie.
- Keine tastbare axilläre Lymphadenopathie.

Allgemeine Inhalte

1. Seborrhoische Dermatitis.

Sie hat einige Rötungen und Schuppenbildung im Bartbereich. Es wurde empfohlen, zweimal pro Woche ein Anti-Schuppen-Shampoo wie Head and Shoulders oder Selsun Blue für Gesicht und Kopfhaut zu verwenden.

2. Aktinische Keratose.

Insgesamt wurden 14 aktinische Keratosen mit Kryotherapie behandelt. Diese befanden sich im rechten präaurikulären Bereich, am rechten Schienbein, an den Schläfen, an der rechten Handrückseite und auf der Kopfhaut.

3. Seborrhoische Keratose.

Eine Kryotherapie wurde an der seborrhoischen Keratose am rechten Bein durchgeführt.

4. In situ Plattenepithelkarzinom.

Eine Kryotherapie wurde am in situ Plattenepithelkarzinom am rechten Sternumansatz durchgeführt.

5. Xerose.

Zur Behandlung der Xerose an den Beinen wurde eine Feuchtigkeitscreme empfohlen. Er wurde angewiesen, die Creme vom Knie abwärts und auf das gesamte Bein aufzutragen, sobald das Knie verheilt ist.

6. Steatotisches Ekzem.

Ein unscharf begrenzter Bereich mit Rötung und Kratzspuren wurde am gesamten zentralen Rücken festgestellt. Triamcinolon 1% Creme wurde verschrieben, zweimal täglich bei Juckreiz anzuwenden, mit Unterstützung seiner Frau.

7. Lentigines.

Ein Lentigo am linken unteren Augenlid wurde festgestellt. Die Verwendung von Aldara-Creme wurde für volle 8 Wochen empfohlen, um ein Wiederauftreten zu verhindern.

Nachsorge

Rückkehr zur Nachkontrolle in 6 Monaten.

Fachspezifische Inhalte

1. Seborrhoische Dermatitis.

• Verwendung ein Anti-Schuppen-Shampoo wie Head and Shoulders oder Selsun Blue für Gesicht und Kopfhaut zweimal pro Woche .

2. Aktinische Keratose.

• Behandlung von 14 aktinischen Keratosen mit Kryotherapie an der rechten präaurikulären Region, dem rechten Schienbein, den Schläfen, der rechten Handrückseite und der Kopfhaut.

3. Seborrhoische Keratose.

• Kryotherapie an der seborrhoischen Keratose am rechten Bein durchgeführt.

4. In situ Plattenepithelkarzinom.

• Kryotherapie am in situ Plattenepithelkarzinom am rechten Sternumritzenbereich durchgeführt.

5. Xerose.

• Empfehlung, nach Abheilung des Knies eine Feuchtigkeitscreme vom Knie abwärts und über das gesamte Bein aufzutragen.

6. Steatotisches Ekzem.

• Verschreibung von Triamcinolon 1% Creme zur zweimal täglichen Anwendung bei Juckreiz, unter Unterstützung seiner Ehefrau.

7. Lentigines.

• Empfehlung, Aldara-Creme für volle 8 Wochen anzuwenden, um das Lentigo am linken unteren Augenlid fernzuhalten.

8. Vorgeschichte von Melanom und Nichtmelanom-Hautkrebs.

• Regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen sind notwendig.

Nachsorge

Rückkehr in 6 Monaten zur Nachuntersuchung.

Dermatologie: Therapie

Allgemeine Inhalte

Keine Angabe.

Fachspezifische Inhalte

Therapie:

Kryotherapie an den folgenden Stellen:

- Rechte präaurikuläre Region
- Rechtes Bein
- Rechtes Schienbein
- Rechter Sternumkerbe
- Rechte dorsale Hand
- Kopfhaut (sieben aktinische Keratosen)

Alle Fragen wurden beantwortet und die Zustimmung zur Durchführung gegeben, nachdem die folgenden Vorbereitungsdetails besprochen wurden:
-Anweisungen zur Nachsorge: Halten Sie die behandelten Stellen sauber und trocken. Rötungen und Blasenbildung sind zu erwarten. Bei Bedarf Vaseline auftragen. Vermeiden Sie Sonneneinstrahlung auf die behandelten Bereiche.

Während des Verfahrens:

- Zeitnahme: Bestätigung der Patientenidentität, des Verfahrens und der Stelle.
- Vorbereitung der Stelle: Reinigung mit Alkohol.
- Anästhesie: Keine verwendet.
- Blutstillung: Nicht zutreffend.
- Verbände: Keine erforderlich.

Nach dem Verfahren:

- Verträglichkeit: Der Patient hat das Verfahren gut vertragen.
- Komplikationen: Keine.

Gastroenterologie

Gezielte Verbesserungen:

- Die Anamnese wurde optimiert, um den übermäßigen Gebrauch von „Patient*in“ oder die übermäßige Verwendung von Pronomen zu begrenzen, wobei die Stimme des Patienten durch direkte Zitate erhalten bleibt und die Verwendung von Symptom-Bewertungen wie „stark“ nur verwendet wird, wenn diese vom Patienten selbst geäußert wurden.
- Die Anamnese wird außerdem verbalisierte frühere Eingriffe unter der Überschrift „Vergangene chirurgische Eingriffe“ enthalten, anstatt im Abschnitt „Therapie“ aufgeführt zu werden.
- Der Diagnostikabschnitt wurde so geändert, dass nur Diagnostikergnisse enthalten sind, die während des Besuchs abgeschlossen oder interpretiert wurden und verbalisiert wurden. Außerdem wurde der Diagnostik abschnitt so formatiert, dass spezifische diagnostische Testnamen als Überschriften verwendet werden, mit den Befunden darunter in Aufzählung.
- Der Abschnitt „Therapie“ wurde angepasst, um nur gastrointestinale spezifische Eingriffe aufzuführen, die während der Begegnung durchgeführt wurden. Alle anderen besprochenen Eingriffe werden im Abschnitt „Anamnese“ unter der Überschrift „Vergangene chirurgische Eingriffe“ aufgeführt.
- Der Abschnitt „“ wurde aktualisiert, um Wiederholungen zu entfernen und einen umfassenden Plan mit präziser medizinischer Terminologie einzuschließen.



Gastroenterologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Keine Gelbsucht an Augen oder Haut festgestellt.
Die Lungen sind beidseitig klar.
Herztöne sind normal. Keine Geräusche wie Herzgeräusche, Galopprrhythmus oder Reibegeräusche festgestellt.
Der Bauch ist unauffällig.

Fachspezifische Inhalte

ALLGEMEIN: Der Patient ist ein 26-jähriger Mann ohne akuten Leidensdruck.

VITALZEICHEN: Blutdruck: 130/76 mmHg, Herzfrequenz: 72 bpm, Temperatur: 96,6 °F, Atemfrequenz: 16 Atemzüge/Min., Sauerstoffsättigung: 98 % an Raumluft.

HNO & KOPF: Normokranial, atraumatisch. Oropharynx klar, keine Läsionen. Keine zervikalen Lymphadenopathien.

COR: Regelmäßige Frequenz und Rhythmus, keine Herzgeräusche, Reibegeräusche oder Galopprrhythmus. Periphere Pulse 2+ beidseitig.

RESPIRATORISCH: Beidseitig klare Auskultation, keine Giemen, Rasselgeräusche oder Brummen.

ABDOMEN: Weich, nicht druckempfindlich, nicht gespannt. Keine Hepatosplenomegalie. Darmgeräusche in allen Quadranten vorhanden. Leichte epigastrische Druckempfindlichkeit festgestellt.

EXTREMITÄTEN: Keine Ödeme, Zyanose oder Trommelschlägelfinger. Volle Bewegungsfreiheit.

NEUROLOGISCH: Wach und orientiert zu Person, Ort und Zeit. Hirnnerven II–XII intakt. Keine fokalen Defizite.

HAUT: Keine Hautausschläge, Läsionen oder Gelbsucht. Warm und trocken bei Berührung.

MUSKULOSKELETTAL: Keine Gelenkschwellungen oder Deformitäten. Normales Gangbild.

PSYCHIATRISCH: Angemessene Affektlage und Verhalten. Keine Anzeichen von Angst oder Depression.

Gastroenterologie: Diagnostik

Allgemeine Inhalte

Ergebnisse

Bildgebung

Die abdominale CT-Untersuchung vom 23.01.2020 zeigte eine normale CT des Bauches.

Beurteilung und Plan

Chronische Bauchschmerzen.

Die chronischen Bauchschmerzen des Patienten sind wahrscheinlich auf Verstopfung und Ernährungsfaktoren zurückzuführen. Er berichtet über einen nagenden Schmerz im mittleren Bauchbereich, der sich manchmal nach dem Stuhlgang bessert. Die körperliche Untersuchung zeigt eine erhöhte Stuhlmeng im Dickdarm. Zur Unterstützung bei der Verstopfung wird ein Ballaststoffpräparat begonnen. Es wird empfohlen, die Wasseraufnahme auf mindestens 48 Unzen täglich zu erhöhen und Lebensmittel zu vermeiden, die Durchfall auslösen.

Fachspezifische Inhalte

Ergebnisse

Abdominelles CT am 23.01.2020:

- Normales CT des Abdomens.

Beurteilung und Plan

1. Chronische Bauchschmerzen:

- Wahrscheinlich bedingt durch Verstopfung und Ernährungsfaktoren.
- Beginn einer Ballaststoffergänzung zur Unterstützung bei Verstopfung.
- Erhöhung der Wasserzufuhr auf mindestens 1,5 Liter täglich.
- Vermeidung von Nahrungsmitteln, die Durchfall auslösen.

Gynäkologie

Gezielte Verbesserungen:

CMS-Richtlinien für die Dokumentation.

- Anamnese (HPI) soll die gynäkologische Vorgeschichte umfassen (Alter bei Menarche, letzte Menstruation, Zykluslänge, Dauer, Häufigkeit/Fluss, Menstruationsschmerzen), Verhütung, reproduktive Pläne, Peri-/Postmenopause, frühere gynäkologische Vorgeschichte, allgemeine Krankengeschichte (PMH), familiäre Vorgeschichte, operative Vorgeschichte (PSH), Sozialanamnese, sexuelle Anamnese, Allergien, Medikamente und Systemüberprüfung.
- Körperliche Untersuchung soll die Brust, den Genitalbereich umfassen: sterile Spekulumuntersuchung, sterile bimanuale Untersuchung und äußere Genitalien.
- Eingefügte Überschriften/Unterüberschriften für die gynäkologische körperliche Untersuchung:
 - Brust
 - Äußere Genitalien
 - Sterile Spekulumuntersuchung
 - Sterile bimanuale Untersuchung



Gynäkologie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Untersuchung einer Beule am Gebärmutterhals vor. Sie berichtet über keinen ungewöhnlichen Ausfluss oder Schmerzen. Derzeit verwendet sie natürliche Familienplanungsmethoden zur Empfängnisverhütung. Gestern führte sie aufgrund des Beginns ihrer Menstruationsperiode und um sicherzugehen, dass sie nicht schwanger ist, eine Selbstuntersuchung des Gebärmutterhalses durch. Dabei bemerkte sie eine Beule oder Zyste an der rechten Seite des Gebärmutterhalses. Weitere gesundheitliche Beschwerden oder Veränderungen kann sie nicht angeben.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Untersuchung einer Beule am Gebärmutterhals vor.

Sie berichtet über keinen abnormalen Ausfluss oder Schmerzen. Verwendet derzeit natürliche Familienplanungsmethoden zur Empfängnisverhütung. Gestern wurde eine Untersuchung des Gebärmutterhalses aufgrund des Einsetzens ihrer Menstruation durchgeführt, um sicherzustellen, dass sie nicht schwanger ist. Während dieser Selbstuntersuchung bemerkte sie eine Beule oder Zyste auf der rechten Seite ihres Gebärmutterhalses. Weitere gesundheitliche Bedenken oder Veränderungen wurden nicht angegeben.

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:

- Letzte Menstruationsperiode: Bald bevorstehend
- Verhütung: Natürliche Familienplanung

VERGANGENE GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:

- Letzter Pap-Abstrich 2020: Negativ
- Kürzlicher Pap-Abstrich am 6. September 2024: Niedriggradige Veränderungen

VERGANGENE MEDIZINISCHE ANAMNESE:

- Keine signifikanten Veränderungen berichtet

SEXUELLE ANAMNESE:

- Keine Bedenken angegeben

Gynäkologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Herztöne sind normal.

Die Vulva- und Vaginalhaut erscheinen normal. Der Gebärmutterhals wirkt insgesamt unauffällig. An der 7-Uhr-Position am Gebärmutterhals ist eine kleine Zyste vorhanden. Die äußere Haut des Gebärmutterhalses erscheint gesund. Es werden keine bedeutsamen Auffälligkeiten festgestellt. Einige Veränderungen sind an der 12-Uhr-Position am Gebärmutterhals zu beobachten, diese wirken jedoch nicht aggressiv. Leichte Veränderungen sind ebenfalls an der 6-Uhr-Position am Gebärmutterhals sichtbar. Die auffälligste Veränderung befindet sich zwischen der 12- und 1-Uhr-Position, und eine weitere kleinere Stelle ist an der 6-Uhr-Position des Gebärmutterhalses vorhanden. Diese Veränderungen scheinen sich nicht in den endozervikalen Raum auszubreiten.

Fachspezifische Inhalte

Allgemeiner Zustand: Wach, orientiert, gut genährt und ohne akuten Krankheitszustand.

Herz-Kreislauf: Regelmäßige Frequenz und Rhythmus, keine Herzgeräusche, Reibegeräusche oder Galopprrhythmus.

Genitourinär:

Äußere Genitalien: Normales Erscheinungsbild, keine Läsionen oder Ausfluss.

Steriler Spekulumuntersuchung: Der Gebärmutterhals ist geschlossen. Eine kleine Zyste befindet sich auf der 7-Uhr-Position. Es gibt leichte Veränderungen an der 6-Uhr-Position und ausgeprägtere Veränderungen zwischen der 12- und 1-Uhr-Position, diese wirken jedoch nicht aggressiv und reichen nicht in den Endozervikalbereich hinein. Die Vaginalwände sind rosa und gesund.

Sterile bimanuale Untersuchung: Keine Adnexmassen oder Druckempfindlichkeit.

Integumentär: Die Haut ist warm, trocken und intakt. Keine Hautausschläge oder Läsionen.

Psychisch: Ruhig, kooperativ, mit normaler Stimmung und Affekt.

Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde

Gezielte Verbesserungen:

- Eine für die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) optimierte körperliche Untersuchung:
 - Ohren:
 - Augen:
 - Nase:
 - Mundhöhle:
 - Rachen:
 - Hals:
 - Atmung:
 - Kardiovaskulär:
 - Neurologisch:
 - Haut:
 - Sonstiges:
- Verbesserte Erfassung von HNO-spezifischen diagnostischen Verfahren, einschließlich Laryngoskopie, Rhinoskopie, Videostroboskopie, Entfernung von Ohrenschmalz usw.
- Verbesserte Erfassung von HNO-spezifischen Ergebnissen wie audiometrischen und vestibulären Tests einschließlich des Datums der Untersuchung, wenn verbalisiert. Hinzufügung geeigneter Aussagen zur persönlichen Überprüfung oder Interpretation der Ergebnisse.
- Detaillierte Erfassung der Diskussion zu Risiken, Nutzen und Alternativen.
- Entfernung vergangener Verfahren aus dem Abschnitt "Therapie". Diese erscheinen nur in der Anamnese oder der Vorgeschichte chirurgischer Eingriffe, wenn dies angemessen ist.
- Ein speziell gestalteter Abschnitt für Verfahren, der selbst komplexere Eingriffe in der Praxis erfasst.



Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde: Körperlich Untersuchung

Allgemeine Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG
Die Ohren wurden untersucht. Eine
Mundhöhlenuntersuchung wurde durchgeführt.
Eine Nasenendoskopie wurde durchgeführt.

Fachspezifische Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Ohren: Normales Erscheinungsbild, keine Auffälligkeiten festgestellt.

Nase: Normale Strukturen erkennbar, einschließlich unterer und mittlerer Nasenmuschel sowie Nasenscheidewand.

Mundhöhle: Keine Auffälligkeiten. Zahnprothesen wurden zur Untersuchung entfernt. Zunge und orale Strukturen wirkten unauffällig.

Rachen: Normales Erscheinungsbild von Epiglottis, Zungenbasis, Stimmbändern, Aryknorpeln, Vallecula und Piriformsinus. Keine Wucherungen, Tumore oder Fremdkörper festgestellt. Leichte Schwellung vorhanden.

Allgemeine Inhalte

THERAPIE:
Cerumen wurde aus beiden Ohren mittels Absaugung entfernt.

Fachspezifische Inhalte

THERAPIE: Beidseitige Cerumenentfernung
Alle Fragen wurden beantwortet, und die Zustimmung zum Vorgehen wurde nach Durchsicht der folgenden Vorbereitungsdetails erteilt:
Risiken und Vorteile: Mögliche Beschwerden sowie die Vorteile einer verbesserten Hörfähigkeit und Ohrgesundheit wurden besprochen.

Alternativen: Die Verwendung von Ohrentropfen zur Erweichung des Ohrenschmalzes wurde erörtert.

Nebenwirkungen: Mögliche Beschwerden während des Verfahrens wurden erläutert.

Einwilligung: Mündliche Einwilligung wurde eingeholt.

Nach dem Verfahren:
Verträglichkeit: Das Verfahren wurde gut mit minimalen Beschwerden toleriert.

Anweisungen für die Nachsorge: Es wurde geraten, Otowaxol-Tropfen zur weiteren Erweichung des restlichen Ohrenschmalzes zu verwenden und in 3 Wochen zur weiteren Entfernung nachzukommen.

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde: Allgemeines Modellnotiz-Ausgabe

ANAMNESE

Die Patientin ist eine 79-jährige Frau, die von den Lexington Family Physicians wegen eines Ohrenschmalzpfropfs überwiesen wurde. Sie berichtet von einem Gefühl der Krustenbildung in den Ohren, das seit etwa einem Monat besteht. Sie beschreibt ein Völlegefühl im rechten Ohr beim Aufwachen, ähnlich dem Gefühl, Wasser eingeschlossen zu haben. Sie benutzt Wattestäbchen, um die wahrgenommene Flüssigkeit zu entfernen, wobei die Wattestäbchen stark nass werden. Es besteht keine Vorgeschichte von Ohroperationen. Ihr Hörvermögen war zuvor als dumpf beschrieben, hat sich jedoch kürzlich verbessert. Ihr wurde bereits mitgeteilt, dass sie eine geeignete Kandidatin für ein Hörgerät ist, das sie sich derzeit jedoch nicht leisten kann. Trotz Versuchen, die Symptome mit verschriebenen Cremes zu lindern, hat sich der Zustand verschlechtert. Ein Versuch, das Ohr bei ihrem letzten Termin zu spülen, war aufgrund von Zeitmangel nicht erfolgreich. Anschließend wurden Ohrentropfen verschrieben, die sie in der Apotheke bezogen hat, jedoch ohne Wirkung. In den letzten zwei Tagen hat sie eine Verbesserung des Hörvermögens bemerkt, wobei unklar ist, ob dies auf eine tatsächliche Verbesserung oder eine Gewöhnung an das verminderte Hören im rechten Ohr zurückzuführen ist. Sie verwendet selbst Wasserstoffperoxid, um das Ohr zu spülen.

Ergänzende Informationen

Sie geht zweimal jährlich zum Schilddrüsenspezialisten und nimmt Methimazol ein.

MEDIKAMENTE

Methimazol

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Die Patientin ist wach und orientiert.

Beide Ohren zeigen Schuppenbildung. Der linke äußere Gehörgang ist jetzt frei. Das Trommelfell auf der linken Seite ist intakt. Beide Ohren sind gut belüftet. Im rechten Ohr befindet sich ein großer Ohrenschmalzpfropf vor dem Trommelfell. Die Augenbewegungen sind intakt. Die beidseitigen Gesichtsnerven sind intakt. Die Zahnprothese ist eingesetzt. Am Uvula oder der Zunge sind keine Läsionen zu sehen.

Der Hals ist weich und flach mit freien Atemwegen. Es besteht eine beidseitige Schilddrüsenvergrößerung.

WEITERES PROZEDERE

Ohrenschmalzpfropf.

Das Vorhandensein von Schuppen in beiden Gehörgängen deutet auf eine Diagnose von Ekzem hin. Der linke äußere Gehörgang wurde bei diesem Besuch erfolgreich gereinigt. Es wurde ein Rezept für Otowaxol-Tropfen ausgestellt mit der Anweisung, diese für 2 Wochen im rechten Ohr anzuwenden, um das Ohrenschmalz aufzulösen. Zusätzlich wurden OtoFlamm-Tropfen zur Behandlung des Ekzems verschrieben, deren Anwendung jedoch bis zum nächsten Termin aufgeschoben werden soll. Es wird empfohlen, die Ohren alle 6 Monate regelmäßig zu reinigen.

Nachsorge

Die Patientin wird in 2 Wochen zur Nachuntersuchung kommen.

THERAPIE

Das Ohrenschmalz wurde aus dem linken äußeren Gehörgang mittels Absaugung entfernt.

ANAMNESE

Die Patientin ist eine 79-jährige Frau, die von den Lexington Family Physicians wegen eines Ohrenschmalzpfropfs überwiesen wurde.

Sie berichtet über ein Gefühl von Krustenbildung in den Ohren, das seit etwa einem Monat besteht. Das rechte Ohr fühlt sich voll an, ähnlich wie bei eingeschlossenem Wasser, besonders nach dem Aufwachen. Versuche, die vermutete Flüssigkeit mit Wattestäbchen zu entfernen, führen dazu, dass das Wattestäbchen stark nass wird. Es besteht keine Vorgeschichte von Ohroperationen. Das Hörvermögen war zuvor beeinträchtigt, hat sich aber kürzlich verbessert. Ihr wurde mitgeteilt, dass sie für ein Hörgerät infrage kommt, sie sich dieses jedoch momentan nicht leisten kann. Trotz der Anwendung einer verschriebenen Creme hat sich der Zustand verschlechtert. Ein Versuch, das Ohr bei ihrem letzten Termin zu spülen, war aufgrund von Zeitmangel nicht erfolgreich. Anschließend verschriebene Ohrentropfen brachten keine Linderung. In den letzten zwei Tagen hat sich das Hörvermögen verbessert, es ist jedoch unklar, ob dies auf eine tatsächliche Verbesserung oder eine Gewöhnung an das verminderte Hören im rechten Ohr zurückzuführen ist. Wasserstoffperoxid wurde verwendet, um das Ohr zu spülen. Sie besucht zweimal jährlich ihren Schilddrüsenarzt und nimmt Methimazol ein.

MEDIKAMENTE

Methimazol

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

- Allgemein: Die Patientin ist wach und orientiert.
- Ohren: Schuppung in beiden Ohren. Rechter äußerer Gehörgang ist verstopft mit großem Ohrenschmalzpfropf über dem Trommelfell. Linker äußerer Gehörgang ist frei. Das Trommelfell auf der linken Seite ist intakt. Beide Ohren sind gut belüftet.
- Augen: Bewegungen der Augenmuskeln sind intakt.
- Mundhöhle: Prothesen sind vorhanden. Keine Läsionen am Zäpfchen oder der Zunge.

- Hals: Weiche und flache Atemwege. Beidseitige Schilddrüsenvergrößerung.
- Neurologisch: Beidseitig intakte Gesichtsnerven.

WEITERES PROZEDERE

Es liegt ein Ohrenschmalzpfropf vor.

Die Schuppung in beiden Gehörgängen deutet auf eine Diagnose von Ekzem hin. Der linke äußere Gehörgang wurde bei diesem Besuch erfolgreich gereinigt. Es wurde ein Rezept für Otowaxol-Tropfen ausgestellt, die im rechten Ohr über einen Zeitraum von 2 Wochen angewendet werden sollen, um den Ohrenschmalzpfropf aufzulösen. Zusätzlich wurden OtoFlamm-Tropfen zur Behandlung des Ekzems verschrieben, deren Anwendung jedoch bis zur nächsten Konsultation verschoben wird. Eine regelmäßige Reinigung der Ohren alle 6 Monate wird empfohlen.

Kontrolle in 2 Wochen.

THERAPIE

Durchgeführte Maßnahme: Entfernung des Ohrenschmalzes aus dem linken äußeren Gehörgang.

Alle Fragen wurden beantwortet, und die Einwilligung zur Durchführung erfolgte nach Besprechung folgender Punkte:

- Risiken und Vorteile: Mögliche Beschwerden und vorübergehende Schwindelgefühle wurden erläutert.
- Nebenwirkungen: Mögliche leichte Blutungen und vorübergehende Veränderungen des Hörvermögens wurden besprochen.
- Einwilligung: Mündliche Einwilligung wurde eingeholt.

Während der Prozedur:

Nach der Prozedur:

- Verträglichkeit: Gut toleriert.
- Heimische Pflegeanweisungen: Anwendung von Otowaxol-Tropfen im rechten Ohr für 2 Wochen zur Auflösung des Ohrenschmalzpfropfs empfohlen. Verwendung der OtoFlamm-Tropfen bis zur Nachuntersuchung vermeiden.

Innere Medizin

Gezielte Verbesserungen:

Körperliche Untersuchung

- Alle mündlich geäußerten Inhalte werden mit den entsprechenden Unterüberschriften des Körpersystems dokumentiert. Es werden nur die Abschnitte dokumentiert, die untersucht oder verbalisiert wurden.
- Wenn das Herz-Kreislauf-System, das Atmungssystem und das Verdauungssystem als „normal“ oder „gut“ untersucht und/oder bezeichnet werden, enthält die Dokumentation eine minimale Reihe normaler Befunde.

Weitere Abschnittsaktualisierungen

- Die Anamnese enthält eine Unterüberschrift für die frühere chirurgische Vorgeschichte.
- Der Abschnitt „Therapie“ enthält diejenigen, die während der *aktuellen* Begegnung durchgeführt wurden.
- folgt dem MEAT-Format:

Monitoring (Überwachung): Dokumentation von Anzeichen, Symptomen, Rückgang oder Fortschreiten der Krankheit, fortlaufende Überwachung des Zustands

Evaluation (Bewertung): Zusammenfassung relevanter Befunde der körperlichen Untersuchung, Testergebnisse, Wirksamkeit von Medikamenten, Reaktion auf die Behandlung

Assessment (Beurteilung): Diskussion des Zustands, Beratung, fortgesetzte Bewertung des Zustands wie die Anordnung weiterer Tests

Treatment (Behandlung): Verschreibung/Fortführung von Medikamenten, Therapien und/oder Überweisungen, Plan zur Behandlung des Zustands



Innere Medizin: Körperliche Untersuchung

Verbalisation

Kliniker: "Ich werde Ihr Herz und Ihre Lungen abhören."

Patient: "Okay."

Kliniker: "Atmen Sie ein paar Mal tief ein. Gut, jetzt atmen Sie einfach normal weiter. Ich möchte mir Ihren Rachen ansehen. Können Sie weit öffnen?"

Patient: "Ahhh."

Kliniker: "Ihr Rachen ist gerötet und etwas gereizt. Als nächstes werde ich auf Ihren Bauch drücken. Haben Sie Schmerzen, wenn ich das tue?"

Patient: "Nein."

Kliniker: "Prima, das fühlt sich alles normal an."

Allgemeine Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Das Herz wurde untersucht.
Die Lungen wurden abgehört.
Der Bauch ist unauffällig.
Der Rachen ist gerötet und leicht gereizt.

Fachspezifische Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Rachen: Rötung und leichte Reizung.
Herz-Kreislauf-System: Regelmäßige Frequenz und Rhythmus, keine Geräusche, Reibegeräusche oder Galopprrhythmus.
Atmung: Klar bei Auskultation, keine Giemen, Rasselgeräusche oder Brummen.
Magen-Darm-Trakt: Weich, keine Druckempfindlichkeit, keine Aufblähung, keine tastbaren Massen.

INNERE MEDIZIN :

M.E.A.T Format

Das M.E.A.T.-Format umfasst die Dokumentation in folgenden Bereichen: **M** = Überwachung, **E** = Bewertung, **A** = Beurteilung, **T** = Behandlung.

Überwachung – Dokumentation von Anzeichen und Symptomen, Krankheitsverlauf, Krankheitsrückgang, fortlaufende Überwachung des Zustands

Bewertung – Dokumentation des aktuellen Zustands, Befunde der körperlichen Untersuchung, Testergebnisse, Wirksamkeit der Medikation, Reaktion auf die Behandlung

Beurteilung – Dokumentation der Diskussion über den Zustand, Überprüfung der Unterlagen, Beratung, wie der Zustand bewertet wird, Anordnung weiterer Tests

Behandlung – Dokumentation der angebotenen Versorgung für den Zustand, Verschreibung oder Fortsetzung von Medikamenten, Überweisung an einen Spezialisten, Anordnung diagnostischer Untersuchungen, Therapien, Plan zur Steuerung des Zustands

Bluthochdruck.

Der Blutdruck liegt durchgehend im normalen Bereich. Das umfassende metabolische Panel war unauffällig. Möglichkeit der Reduzierung der Blutdruckmedikation bei weiterhin erfolgreichem Gewichtsverlust besprochen. Aktuelles Medikationsregime fortsetzen, Nachfüllung bereitgestellt.

Generalisierte Angststörung.

Gelegentliche Nervosität und Panikattacken. GAD-7-Wert ist <5, was auf gut kontrollierte Angst hinweist. Fortsetzung der aktuellen Beratungssitzungen empfohlen. Medikamentöse Behandlung kann in Zukunft in Betracht gezogen werden, falls sich die Symptome verschlechtern.

Gesundheitsvorsorge.

Augenuntersuchung überfällig, Termin für nächste Woche vereinbart.

Ergebnisse der Koloskopie und Mammographie sind unauffällig.

Empfehlung, mehr Gemüse und weniger verarbeitete Lebensmittel zu konsumieren.

Pneumovax-Impfung wird heute verabreicht.

Kardiologie

Gezielte Verbesserungen:

- Spezifische diagnostische Testnamen wurden als Überschriften im Abschnitt „Befunde“ aufgenommen, mit den jeweiligen Ergebnissen als Aufzählungspunkte unter jeder Überschrift
- Die Untersuchung wurde mit Systemüberschriften formatiert und medizinische Kurznotationen wurden dort verwendet, wo es dem allgemein üblichen Format für kardiologische Untersuchungen entspricht.
- Das Format wurde aktualisiert, sodass die Diagnose als Überschrift erscheint, gefolgt von einer Aufzählung mit Interventionen, Empfehlungen, Überweisungen, Anordnungen usw.



Kardiologie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Abklärung mehrerer medizinischer Beschwerden vor. Sie berichtet über wiederkehrende Schwindelanfälle, die sie auf ihre Herzerkrankung zurückführt. Zur Blutdruckkontrolle nimmt sie derzeit Chlorthalidon sowie täglich 120 mg Diltiazem ein. Trotz der fortgesetzten Einnahme von Diltiazem kam es weiterhin zu Schwindelanfällen, wobei einer davon so stark war, dass sie das Gefühl hatte, ohnmächtig zu werden. Brustschmerzen oder Atemnot bestehen nicht. Derzeit befindet sie sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung und hatte in letzter Zeit keine Ohnmachtsanfälle, berichtet jedoch über solche in ihrer Jugend.

Im April 2024 wurde bei ihr eine Kniegelenksersatzoperation durchgeführt. Sie nimmt täglich 150 mg Sertralin ein. Seitdem hat sie etwa 9 Kilogramm zugenommen, was sie auf ihre Knieproblematik zurückführt. Sie erwägt, ihr Bewegungsprogramm zu intensivieren. Abgesehen von der Operationsstelle berichtet sie über keine weiteren Schwellungen.

Nach einer Herzablation fühlt sie sich im Allgemeinen wohl, berichtet jedoch gelegentlich über unregelmäßige Atmung, die sie auf Angstzustände zurückführt. Vor dem Eingriff bewertete sie ihr Unwohlsein mit 9 von 10 Punkten. Die Symptome treten seit etwa drei bis vier Monaten erneut auf, insbesondere während der Physiotherapie. Zwei Monate verbrachte sie im Haus ihrer Tochter, was sie als belastend empfand. Bei Stress kommt es zu unregelmäßiger Atmung, jedoch ohne nächtliches Aufwachen mit Atemnot.

Zusätzlich verwendet sie eine vaginale Creme und nimmt bei Bedarf Minocyclin ein.

ALLERGIEN: Sie ist allergisch gegen ERYTHROMYCIN, was bei ihr Übelkeit auslöst.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Abklärung mehrerer medizinischer Beschwerden vor, begleitet von Schwindelanfällen, die sie ihrer Herzerkrankung zuschreibt.

Sie berichtet über anhaltende Schwindelepisoden, von denen eine so stark war, dass sie das Gefühl hatte, ohnmächtig zu werden. Brustschmerzen oder Atemnot bestehen nicht. Sie nimmt derzeit Chlorthalidon zur Blutdruckkontrolle sowie täglich 120 mg Diltiazem ein. Trotz fortgesetzter Einnahme von Diltiazem treten weiterhin Schwindelanfälle auf. Derzeit befindet sie sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung und hatte in letzter Zeit keine Ohnmachtsanfälle, berichtet jedoch über solche in ihrer Jugend.

Im April 2024 wurde bei ihr eine Kniegelenksersatzoperation durchgeführt. Sie nimmt täglich 150 mg Sertralin ein. Sie berichtet über eine Gewichtszunahme von etwa 9 Kilogramm, die sie auf ihre Knieproblematik zurückführt, und überlegt, ihr Bewegungsprogramm zu intensivieren. Abgesehen von der Operationsstelle bestehen keine weiteren Schwellungen.

Nach der Herzablation fühlte sie sich im Allgemeinen wohl, berichtet jedoch gelegentlich über unregelmäßige Atmung, die sie auf Angstzustände zurückführt. Vor dem Eingriff bewertete sie ihr Unwohlsein mit 9 von 10 Punkten. Die Symptome treten seit etwa drei bis vier Monaten erneut auf, insbesondere während der Physiotherapie. Zwei Monate verbrachte sie im Haus ihrer Tochter, was sie als belastend empfand. Bei Stress kommt es zu unregelmäßiger Atmung, jedoch ohne nächtliches Aufwachen mit Atemnot.

Zusätzlich verwendet sie eine vaginale Creme und nimmt bei Bedarf Minocyclin ein.

Vergangene chirurgische Eingriffe: Kniegelenksersatz im April 2024.

Sozialanamnese: Seit der Knieoperation geht sie häufiger spazieren; zuvor war sie – abgesehen von der Physiotherapie – überwiegend inaktiv.

Allergien: ERYTHROMYCIN – Übelkeit.

Kardiologie: Körperlich Untersuchung

Allgemeine Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Die Lunge ist frei.
Herztöne sind normal.

Fachspezifische Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Herz-Kreislauf: Herzgeräusche normal.
Atmung: Lunge bei Auskultation frei.
Hals: Keine Gefäßgeräusche (Bruits).
Abdomen: Keine Schmerzen oder Schwellungen angegeben.
Extremitäten: Keine Schwellungen an den Beinen, Füße mit Brennen und gelegentlicher Taubheit.

Kardiologie: Weiteres Prozedere

Allgemeine Inhalte

Herzgeräusch.

Sie präsentiert sich mit einem 4-6 systolischen Geräusch am oberen rechten Brustbeinrand, das leicht bis zu den Halsschlagadern ausstrahlt. Dies deutet wahrscheinlich auf eine Aortenstenose hin. Ihre Symptome könnten auf eine schwere Aortenstenose zurückzuführen sein; jedoch spricht die relative Erhaltung des zweiten Herztons (S2) für einen moderaten Zustand. Frühere Unterlagen weisen auf eine diastolische Dysfunktion hin, was auf eine frühere Echokardiographie schließen lässt. Derzeit zeigt sie keine wesentliche Volumenüberlastung. Heute wird eine Echokardiographie durchgeführt, um die gesamte Herzstruktur und -funktion sowie die Klappenerkrankung zu beurteilen. Je nach Ergebnis und Schweregrad der Aortenstenose könnte ein transkatheter Aortenklappenersatz (TAVR) in Betracht gezogen werden.

Nachsorge

Die Patientin wird 3 bis 4 Wochen nach der Echokardiographie zur Besprechung der Ergebnisse und der weiteren Vorgehensweise nachuntersucht.

Fachspezifische Inhalte

Herzgeräusch: Wahrscheinlich Hinweis auf Aortenstenose. Die Symptome könnten auf eine schwere Aortenstenose zurückzuführen sein; jedoch deutet die relative Erhaltung von S2 auf einen moderaten Zustand hin.

Durchführung einer Echokardiographie noch heute zur Beurteilung der gesamten Herzstruktur und -funktion sowie von Klappenerkrankungen

Abhängig von den Ergebnissen und dem Schweregrad der Aortenstenose TAVI in Betracht ziehen

Nachsorge

Nach 3 bis 4 Wochen nach der Echokardiographie zur Besprechung der Ergebnisse und der nächsten Schritte nachuntersuchen lassen

Neurochirurgie

Gezielte Verbesserungen:

Eingefügte umfassende Unterüberschriften für die neurochirurgische körperliche Untersuchung, aktualisierte Liste:

- Allgemeines Erscheinungsbild
- Mentaler Status (Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit/Konzentration, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeiten, exekutive Funktionen)
- Hirnnerven (I-XII)
- Motorische Untersuchung (Muskelmasse und -tonus, Kraftbewertung, Koordination)
- Reflexe (Tiefensehnenreflexe, Babinski-Reflex)
- Sensorik (leichte Berührung, Schmerz, Temperatur, Vibration und Propriozeption)
- Gang und Stand (Gang und Romberg-Test)
- Details zu neurochirurgischen spezifischen Untersuchungen hinzugefügt (Gaenslen-Test, L'Hermitte-Zeichen, Spurling-Test, etc.)

Weitere Aktualisierungen im Abschnitt Notizen:

- Anamnese: Einschluss der Händigkeit, Vorgeschichte (PMH), Operationsvorgeschichte (PSH), Sozialanamnese und Intervallgeschichte. Ebenfalls werden umfassende Details zu aktuellen oder früheren konservativen Behandlungen aufgenommen, beispielsweise die Anzahl der abgeschlossenen Physiotherapie-Sitzungen, Anzahl der Injektionen etc. Die Sozialanamnese erhält eine Unterüberschriftenstruktur, die den Familienstand, Beruf, Schlaf, Ernährung, Alkohol-/Tabak-/Rauschmittelkonsum umfasst, sofern zutreffend.
- Medikamente: Formatänderung zur Einbeziehung aktueller und früherer Medikamente mit Dosierungsangaben für vorherige Genehmigungen
- : Anregung zur umfassenderen Diskussion von Risiken und Nutzen



Neurochirurgie: Allgemeines Modellnotiz-Ausgabe

Krankengeschichte der aktuellen Erkrankung

Die Patientin stellt sich zur Untersuchung vor.

Sie wurde operativ behandelt und ein großer, atypischer Meningeom Grad 2 entfernt. Nach der Operation wurde ihr eine Strahlentherapie empfohlen, die sie abgeschlossen hat. Seitdem befindet sie sich in einem Programm mit Kontrolluntersuchungen mittels Bildgebung. Kürzlich traten erneut Symptome auf, weshalb sie ihren Hausarzt aufsuchte, der sie an einen Neurologen überwies. Der Neurologe veranlasste eine MRT, die eine weitere Auffälligkeit zeigte. Eine CT-Untersuchung ergab keine bedeutenden Befunde.

Zu ihren Symptomen gehören Zittern, das häufige Pausen erfordert, sowie gelegentliche Sprachstörungen. Außerdem berichtete sie von einem Vorfall, bei dem sich ihre Augen für einen kurzen Moment beim Fernsehen nach oben rollten, ohne dass eine Sehunschärfe auftrat. Sie ist Rechtshänderin und hat seit dem vorherigen Tumor festgestellt, dass ihr rechter Daumen gelegentlich zuckend ist. Schmerzen berichtet sie nicht.

Derzeit nimmt sie ein Steroidregime ein, jeweils eine Dosis morgens und nachmittags, und hat um eine Nachfüllung gebeten. Außerdem klagt sie über Schlafstörungen. Benadryl hat ihr dabei geholfen.

Medikamente

Benadryl

Körperliche Untersuchung

Lunge: Lungen sind frei.

Gastrointestinaltrakt: Kein Anhalt für eine Erkrankung des Abdomens.

Neurologisch: Eine neurologische Untersuchung wurde durchgeführt.

Diagnostik

Bildgebung

- Hirn-MRT: Eine neue Auffälligkeit, die am ehesten mit einer metastatischen Erkrankung oder einem neuen Tumor wie einem Gliom übereinstimmt,

möglicherweise aber auch Strahlennekrose oder behandlungsbedingte Veränderungen darstellt.

- CT-Thorax: Normal.
- CT-Abdomen: Normal
- CT-Becken: Normal.

1. Meningeom.

Das kürzlich durchgeführte MRT zeigte eine neue Auffälligkeit. Aufgrund der Vorgeschichte mit Strahlentherapie wird Strahlennekrose als wahrscheinlichste Ursache angesehen. Eine MR-Perfusionsuntersuchung wird angeordnet, um die Durchblutung im Gehirn zu beurteilen. Die Steroidbehandlung wird mit 4 mg zweimal täglich fortgesetzt, und ein auf Amazon erhältliches Supplement wird empfohlen, um möglicherweise das Ödem zu reduzieren und das Ausschleichen der Steroide zu unterstützen. Die Patientin wird zur weiteren Besprechung im Tumorboard vorgestellt.

Neurochirurgie: Fachspezifisch Notiz Ausgabe

ANAMNESE

Die Patientin stellt sich zur Beurteilung eines Meningeoms vor.

Sie unterzog sich einer erfolgreichen chirurgischen Entfernung eines großen, atypischen Meningeoms Grad 2 durch Dr. T. Nach der Operation wurde ihr eine protonenbasierte Strahlentherapie unter der Aufsicht von Dr. V empfohlen, die sie bis Ende 2023 abgeschlossen hat. Seitdem befindet sie sich in einem Programm mit Kontrolluntersuchungen. Kürzlich traten erneut Symptome auf, weshalb sie ihren Hausarzt konsultierte, der sie an einen Neurologen überwies. Der Neurologe empfahl eine MRT, die ursprünglich für April geplant war, aufgrund der Symptome jedoch vorgezogen wurde. Die MRT zeigte eine weitere Auffälligkeit, woraufhin Dr. V eine CT-Untersuchung anordnete, die jedoch keine signifikanten Befunde ergab.

Zu ihren Symptomen zählen Zittern, das häufige Pausen bei Aktivitäten wie dem Gang in die Küche erforderlich macht, sowie gelegentliche Sprachprobleme, wie das Verwechseln von Wörtern. Sie berichtete auch von einem Vorfall, bei dem sich ihre Augen beim Fernsehen für einen kurzen Moment nach oben drehten, wobei keine Sehunschärfe auftrat. Die Patientin ist Rechtshänderin und bemerkte seit dem vorherigen Tumor ein intermittierendes Zucken ihres rechten Daumens. Schmerzen gibt sie nicht an.

Derzeit nimmt sie ein Steroidregime ein, jeweils eine Dosis morgens und nachmittags, und hat um eine Nachfüllung gebeten. Zudem klagt sie über Schlafstörungen, weshalb sie Benadryl einnimmt, das ihr hilfreich erscheint.

MEDIKAMENTE

Aktuell: Diphenhydramin

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Psychischer Status

Orientierung: Orientiert zu Person, Ort und Zeit.

Gedächtnis: Kann 2 von 3 Gegenständen (Stift, Ball) abrufen.

Sprache: Fließende Sprache mit gelegentlichen Wortfindungsstörungen.

Untersuchung der Hirnnerven

CN II: Visuelle Felder beidseits intakt.

CN III IV VI: Augenbewegungen intakt.

CN VII: Gesichtsmuskulatur symmetrisch.

CN X: Gaumenerhebung normal.

CN XI: Schulternzucken kraftvoll.

CN XII: Zunge mittig mit normalen Bewegungen.

Motorische Untersuchung

Muskelmasse und Tonus: Normaler Muskeltonus.

Kraft: 5/5 Kraft in oberen und unteren Extremitäten.

Koordination: Finger-Nase-Test normal.

Unwillkürliche Bewegungen: Intermittierendes Zucken des rechten Daumens.

Test auf Armabsinken: Kein Armsinken.

Sensibilität

Leichte Berührung, Vibration und Tiefensensibilität: Keine Taubheitsgefühle oder Kribbeln berichtet.

Lunge: Lungen klar.

Gastrointestinaltrakt: Kein Hinweis auf abdominelle Erkrankung.

DIAGNOSTIK

Bildgebung

Hirn-MRT: Neue Auffälligkeit, am ehesten vereinbar mit metastatischer Erkrankung oder einem neuen Tumor wie einem Gliom, möglicherweise auch Strahlennekrose oder therapiebedingte Veränderungen.

CT Thorax: Kein Hinweis auf Erkrankung.

CT Abdomen: Kein Hinweis auf Erkrankung.

CT Becken: Kein Hinweis auf Erkrankung.

1. Meningeom.

Die aktuelle Hirn-MRT vom 03/2025 zeigte eine neue Auffälligkeit. Die Differenzialdiagnosen umfassen metastatische Erkrankung, einen neuen intrakraniellen Tumor wie ein Gliom oder Strahlennekrose/therapiebedingte Veränderungen. Aufgrund der Vorgeschichte mit protonenbasierter Strahlentherapie wird Strahlennekrose als wahrscheinlichste Ursache angesehen. Eine MR-Perfusionsuntersuchung wird zur Beurteilung der Durchblutung des Gehirns veranlasst. Eine erhöhte Durchblutung würde auf einen neoplastischen Prozess hinweisen, während eine verminderte Durchblutung Strahlennekrose nahelegt. Die Steroidtherapie wird mit 4 mg zweimal täglich fortgesetzt, und ein auf Amazon erhältliches Supplement wird empfohlen, um eventuell das Ödem zu reduzieren und beim Ausschleichen der Steroide zu helfen. Die Patientin wird im Tumorboard vorgestellt, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Sollte die Perfusionsuntersuchung keine eindeutigen Ergebnisse liefern, könnte eine Biopsie in Erwägung gezogen werden.

Nephrologie

Gezielte Verbesserungen:

Eingefügte umfassende Unterüberschriften für die körperliche Untersuchung, aktualisierte Liste:

- Vitalzeichen – Blutdruck
- Hals – Vorhandensein von Lymphadenopathie, Schilddrüsenanomalien oder Jugularvenenstauung
- Atmung – Atemgeräusche, Husten oder Anzeichen von Atemnot
- Lymphatisch – Schwellung, Druckempfindlichkeit oder Vergrößerung der Lymphknoten
- Gastrointestinal – Nierenmasse oder Blasenvergrößerung
- Extremitäten – Schwellung, Verfärbung oder abnormale Durchblutung der Extremitäten. Informationen zu Exkorationen, Blutergüssen, Hautläsionen sowie Palpation und Auskultation von AV-Fisteln einschließen
- Haut – Ausschlag, Wunde oder Läsion

Weitere Aktualisierungen im Notizbereich:

- Anamnese: Einschluss von PMH, PSH und Intervallgeschichte sowie Details, die für die Nephrologie relevant sind, wie Nierensteine und Hämaturie.
- Familienanamnese in Bezug auf Diabetes, Blutdruck und Nierenerkrankungen. Direkte Patienten-Zitate hinzugefügt, die Symptome beschreiben, z. B. „Meine Haut juckt so sehr, dass ich 15 Minuten gekratzt habe“.
- Überprüfung der Systeme aktualisiert, um nephrologiespezifische Symptome in allen Körpersystemen zu erfassen



Nephrologie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Der Patient stellt sich zur Beurteilung von Bluthochdruck, Gicht und Nierensteinen vor.

Er berichtet von einer allmählichen Gewichtszunahme, die er auf einen sitzenden Lebensstil und schlechte Ernährungsgewohnheiten zurückführt. Er erwartet im Juli einen Jungen. Sein Blutdruck war bei seinem letzten Besuch stabil, obwohl er ihn zu Hause in letzter Zeit nicht überwacht hat. Er nimmt Hydrochlorothiazid 12,5 mg, Losartan 50 mg und Kaliumpräparate 20 mg zweimal täglich ein.

Seit Beginn der Einnahme von Allopurinol 300 mg täglich hatte er keine Gichtanfälle mehr. Eine Vorgeschichte von Nierensteinpassagen besteht nicht, jedoch wurden Nierensteine in bildgebenden Untersuchungen festgestellt.

Im Jahr 2022 wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, die normale Ergebnisse zeigte. Derzeit nimmt er frei verkäufliche Vitamin-D-Präparate ein, deren Dosierung er per Nachricht mitteilen wird.

Fachspezifische Inhalte

Der Patient stellt sich zur Beurteilung von Bluthochdruck, Gicht und Nierensteinen vor.

Eine allmähliche Gewichtszunahme wird berichtet, die auf einen sitzenden Lebensstil und schlechte Ernährungsgewohnheiten zurückgeführt wird. Er erwartet im Juli einen Jungen. Der Blutdruck ist stabil geblieben, obwohl zu Hause zuletzt keine Messungen durchgeführt wurden. Die aktuellen Medikamente umfassen Hydrochlorothiazid 12,5 mg, Losartan 50 mg und Kaliumpräparate 20 mg zweimal täglich.

Seit Beginn der Einnahme von Allopurinol 300 mg täglich sind keine Gichtanfälle aufgetreten.

Es besteht keine Vorgeschichte von Nierensteinen, obwohl diese in bildgebenden Untersuchungen festgestellt wurden. Ein Ultraschall im Jahr 2022 zeigte normale Ergebnisse. Es werden rezeptfreie Vitamin-D-Präparate eingenommen, deren Dosierung noch per Nachricht mitgeteilt wird.

Nephrologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Die Lungen wurden auskultiert.

Vitalzeichen: Der Blutdruck ist normal.

Fachspezifische Inhalte

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Vitalzeichen: Blutdruck beträgt 123/80 mmHg.

Neurologisch: Leichtes Zittern festgestellt.

Atmung: Atemgeräusche sind klar.

COR: Herzgeräusche sind normal.

Extremitäten: Keine Schwellungen an den Füßen.

Notfallmedizin

Aktuelle Verbesserungen:

- Aktualisierungen der Aufforderung zur körperlichen Untersuchung, um die Zuordnung der Befunde zur entsprechenden Körperregion zu verbessern.
- Verhinderung der Aufnahme unangemessener Informationen im Verlauf der Notaufnahme, wie etwa Ereignisse, die vor dem Besuch stattgefunden haben oder nach dem Besuch stattfinden werden.
- Ausschluss von Dokumentationen, die angeben, dass der Patient zu Fuß angekommen ist.
- Einschränkung von Schlussfolgerungen bei der Entlassungsplanung unmittelbar nach der ersten Aufzeichnung, bevor alle Daten vorliegen.
- Begrenzung der Verwendung von Begriffen wie „Lethargie“, „lethargisch“, „extrem“, „schwer“, „bedeutend“, sofern diese nicht vom Kliniker explizit genannt wurden.
- Verhinderung der Aufnahme von Datumsangaben im Verlauf der Notaufnahme.



Notfallmedizin

Gezielte Verbesserungen:

- Die Eröffnungsförmulierung wird angepasst, um verschiedene relevante medizinische Vorgeschichten einzubeziehen, die während des Besuchs besprochen werden, z. B. „Dies ist ein(e) ___-jährige(r) ___ mit einer Vorgeschichte von ___, ___ und ___, der/die sich heute vorstellt mit ___“.
- Die Anamnese wird angepasst und es wird vermerkt, wenn der Patient nicht der Hauptinformationsgeber war, insbesondere in Fällen, in denen der Patient verändert, bewusstlos oder anderweitig nicht in der Lage ist, verbal Auskunft zu geben, und geben Sie an, wer die Anamnese geliefert hat (Familie, Rettungsdienst, Zeuge usw.).
- Der Fokus liegt auf einer chronologischen Erfassung der Anamnese in der Reihenfolge, wie sie sich ereignet hat, anstatt auf die vom Patienten berichtete Reihenfolge.
- Alle Faktoren, die den Zugang des Patienten zur medizinischen Versorgung oder die Einhaltung von Behandlungsplänen einschränken werden dokumentiert.
- Der GPA-Status (Gravidität, Parität, Abort) wird bei Patientinnen mit gynäkologischen oder geburtshilflichen Beschwerden dokumentiert.
- Die Verwendung abwertender oder bewertender Sprache wie „gibt zu“ wird vermieden.
- Die körperliche Untersuchung vermerkt nun, ob während sensibler Untersuchungsabschnitte eine Begleitperson anwesend war.
- Weiteres Prozedere ist eine überarbeitete Version der aktuellen Notaufnahme-Optimierung und umfasst eine Erstbewertung, Differentialdiagnose, Verlauf in der Notaufnahme, Abschlussbewertung, klinische Einschätzung, Entlassungsplanung und Patientenschulung sowie kritische Versorgung.
 - o Die Differentialdiagnose wurde dahingehend angepasst, dass nicht mehr angegeben wird, dass eine Erkrankung vollständig ausgeschlossen wurde; stattdessen sollte angegeben werden, dass verschiedene Beobachtungen und Testergebnisse dazu führen, dass eine Erkrankung nicht in Betracht gezogen wird.
 - o Die Entlassungsplanung wurde aktualisiert, um spezifische Hinweise zu Rückkehrvorsichtsmaßnahmen sowie detailliertere Informationen darüber zu enthalten, in welches Behandlungsteam der Patient aufgenommen wird oder ob der Patient an einen nachfolgenden Arzt übergeben wurde.



Notfallmedizin: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Der Patient ist ein ___-jähriger Mann, der wegen Rückenschmerzen vorstellig wird.

Er hat eine Vorgeschichte mit rechtsseitigen Rückenproblemen. Nun berichtet er jedoch über linksseitige Rückenschmerzen, die er als andersartig im Vergleich zu seiner vorherigen Beschwerden beschreibt. Gelegentlich sucht er chiropraktische Behandlungen zur Linderung auf, die in der Regel 2 bis 3 Wochen anhalten. Die aktuelle Schmerzepisode begann vor 2 Tagen nach einem Vorfall bei der Arbeit, bei dem er beim Heben von Bodenplatten einen stechenden Schmerz verspürte. Dieser Schmerz war so stark, dass er am folgenden Tag nicht aus dem Bett aufstehen konnte. Er berichtet auch gelegentlich über Symptome im Bein, wie Schwierigkeiten beim Schuhe binden oder beim Aufstehen von einem Stuhl, abhängig von seinen Bewegungen. In den letzten Jahren wurde keine MRT-Untersuchung seines unteren Rückens durchgeführt. Er berichtet keine gastrointestinalen Symptome wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall. Trotz eines aktiven Lebensstils bestehen weiterhin Rückenschmerzen. Er versuchte, die Schmerzen mit einer halben Dosis eines Muskelrelaxans zu lindern, was vorübergehende Erleichterung verschaffte, jedoch kehrten die Schmerzen nach dem Aufwachen zurück.

Fachspezifische Inhalte

Dies ist ein ___-jähriger Mann, der mit linksseitigen Rückenschmerzen vorstellig wird.

Der Patient berichtet, dass die aktuelle Schmerzepisode vor zwei Wochen begann, nachdem er auf seinem Grundstück Steine gehoben hatte, was zu Muskelkater führte. Am vergangenen Wochenende verrichtete er zusätzliche körperliche Arbeit mit Schubkarrenladungen. Am 12.05.2021 erlitt er bei der Arbeit einen stechenden Schmerz im unteren Rücken, als er versuchte, Bodenplatten zu heben. Der Schmerz war so stark, dass er am folgenden Tag nicht aus dem Bett aufstehen konnte. Er beschreibt den Schmerz als stechend und stark, was es ihm erschwerte, aufzustehen und tägliche Aktivitäten auszuführen. Der Schmerz ist konstant und verschlimmert sich bei Bewegung. Er hat in der Vergangenheit chiropraktische Behandlungen versucht, die 2 bis 3 Wochen Linderung verschafften, doch diese Episode fühlt sich anders und intensiver an. Er nahm die halbe Dosis eines Muskelrelaxans, das ihm gegen seine zuvor rechtsseitigen Schmerzen verschrieben wurde, was vorübergehend Linderung brachte, aber der Schmerz kehrte nach dem Aufwachen zurück. Gelegentlich treten Beinsymptome auf, wie Schwierigkeiten beim Schuhe Schnüren oder Aufstehen von einem Stuhl, abhängig von seinen Bewegungen. Er hatte seit mehreren Jahren kein MRT seines unteren Rückens. Er berichtet über eine Vorgeschichte mit rechtsseitigen Rückenschmerzen. Er verneint gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall. Trotz eines aktiven Lebensstils leidet er weiterhin unter erheblichen Rückenschmerzen.

Notfallmedizin: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin ist eine ___-jährige Frau, die sich in der Notaufnahme zur Abklärung einer Sepsis vorstellt.

Sie wurde zuvor von Dr. ___ und einem weiteren Arzt in ___ untersucht, wo ein Urintest auf eine mögliche Sepsis hinwies. Sie berichtet über Schmerzen bei der Palpation ihrer Flanke und ihres Rückens, die seit mehreren Wochen bestehen und sich zunehmend verschlimmern. Außerdem klagt sie über Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß, die seit 3 Wochen andauern. Sie hat ihre Temperatur zu Hause nicht gemessen, berichtet jedoch, dass sie schweißgebadet aufwacht. Letzten Freitag suchte sie die Bayfront-Klinik auf, wo sie von Dr. ___ untersucht wurde. Dies war ihr zweiter Besuch bei demselben Arzt innerhalb einer Woche. Beim ersten Besuch wurde ihr mitgeteilt, dass sie eine Infektion habe, die von selbst abklingen würde. Es wurden keine Antibiotika verordnet, aber sie erhielt intravenös Morphin und Zofran. In den letzten 3 Wochen hat sie keine Antibiotika erhalten. Sie gibt ihre aktuellen Schmerzen mit 10 von 10 an und bittet um Schmerzmedikation. Eine Vorgeschichte von Pyelonephritis besteht nicht.

Vor drei Wochen begannen bei ihr Erbrechen, Unfähigkeit, Nahrung bei sich zu behalten, übermäßiges Schwitzen sowie verstärkte Rücken- und Bauchschmerzen. Sie leidet weiterhin unter Erbrechen, starkem Durchfall und Krämpfen. Der Durchfall besteht seit 3 Wochen. In den letzten Wochen hat sie 9 Kilogramm abgenommen, von 77 auf 68 Kilogramm. Ihre letzte Erbrechensepisode ereignete sich heute Morgen, wobei sie nur Wasser erbrach.

Fachspezifische Inhalte

Dies ist eine ___-jährige Frau mit einer Vorgeschichte von Endometriose und schwerer interstitieller Zystitis, die mit Symptomen vorstellig wird, die auf eine Sepsis hindeuten.

Vor drei Wochen begann die Patientin, unter Erbrechen, Unfähigkeit, Nahrung bei sich zu behalten, übermäßigem Schwitzen sowie verstärkten Schmerzen im Rücken- und Bauchbereich zu leiden. Sie berichtet, dass die Schmerzen in der Flanke und im Rücken zunehmend schlimmer werden und nun so stark sind, dass sie beim Berühren zusammensuckt. Außerdem hat sie Fieber, Schüttelfrost und Schwitzen, die seit drei Wochen anhalten. Zu Hause hat sie ihre Temperatur nicht gemessen, bemerkt jedoch, dass sie schweißgebadet aufwacht. Letzten Freitag suchte sie die medizinische Versorgung im ___ Krankenhaus auf, wo sie von Dr. ___ untersucht wurde. Dies war ihr zweiter Besuch bei demselben Arzt innerhalb einer Woche. Beim ersten Besuch wurde ihr mitgeteilt, dass sie eine Infektion habe, die von selbst abklingen würde. Sie erhielt keine Antibiotika, jedoch Morphin und Zofran intravenös. In den vergangenen drei Wochen hat sie keine Antibiotika erhalten. Sie gibt ihre aktuellen Schmerzen mit 10 von 10 Punkten an und bittet um Schmerzmittel. Eine Vorgeschichte von Pyelonephritis liegt nicht vor.

Sie leidet weiterhin unter Erbrechen, starkem Durchfall und Krämpfen. Der Durchfall besteht seit drei Wochen. In den letzten Wochen hat sie 9,0 Kilogramm Gewicht verloren, von 77 auf 68 Kilogramm. Ihre letzte Erbrechensepisode war heute Morgen, bei der sie nur Wasser erbrach.

Notfallmedizin: Weiteres Prozedere

Allgemeine Inhalte

Verletzung am linken Fuß.

Der Patient erlitt die Verletzung vor 3 Tagen, nachdem er während des Taekwondo-Trainings einen Ellbogen getreten hatte. Er berichtet von sofortigen stechenden Schmerzen, gefolgt von ausstrahlenden Schmerzen entlang des Beins und der Rückseite der Wade. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt sich eine sichtbare Schwellung auf der Rückseite des linken Fußes mit Druckempfindlichkeit über dem Würfelbein und dem Lisfranc-Gelenk. Das Röntgenbild zeigte keine offensichtlichen Frakturen. Differenzialdiagnosen umfassen eine Lisfranc-Verletzung, eine Würfelbeinverletzung oder eine vaskuläre Verletzung, die eine erhebliche Schwellung verursacht. Ein Gehstiefel wird zur Unterstützung bereitgestellt. Eine Überweisung zur Sportmedizin wurde zur weiteren Abklärung veranlasst. Falls die Symptome anhalten oder sich verschlimmern, könnte eine CT-Untersuchung in Betracht gezogen werden, um eine Mittelfußfraktur auszuschließen.

Fachspezifische Inhalte

___-jähriger Mann mit einer Verletzung am linken Fuß, die er sich vor 3 Tagen beim Taekwondo-Training durch einen Tritt mit dem Ellbogen zugezogen hat. Sofortige starke Schmerzen, gefolgt von ausstrahlenden Schmerzen im Bein und in der Wade. Sichtbare Schwellung an der Dorsalfläche des linken Fußes mit Druckempfindlichkeit über dem Würfelbein und dem Lisfranc-Gelenkraum. Die Röntgenaufnahme zeigte keine offensichtlichen Frakturen.

Differentialdiagnose:

- Lisfranc-Verletzung: Druckempfindlichkeit über dem Lisfranc-Gelenkraum. Belastungsaufnahmen zur Isolierung des Lisfranc-Gelenks. Überweisung an die Sportmedizin.
- Würfelbeinverletzung: Druckempfindlichkeit über dem Würfelbein.
- Gefäßverletzung: Starke Schwellung. Mögliche Gefäßruptur.

Notfallversorgung:

- Röntgenaufnahme angefertigt. Keine offensichtlichen Frakturen.

Abschließende Beurteilung:

Verletzung am linken Fuß mit sichtbarer Schwellung und Druckempfindlichkeit über dem Würfelbein und dem Lisfranc-Gelenkraum. Die Röntgenaufnahme zeigte keine offensichtlichen Frakturen. Zur Unterstützung wurde eine Gehhilfe bereitgestellt. Überweisung an die Sportmedizin zur weiteren Untersuchung.

Klinischer Eindruck:

- Verletzung des linken Fußes
- Lisfranc-Verletzung
- Würfelbeinverletzung
- Gefäßverletzung

Entlassung:

- Entlassung: Nach Hause. Überweisung an Sportmedizin. Bei anhaltenden oder sich verschlimmernden Symptomen wiederkommen.

Patientenaufklärung:

- Mögliche Diagnosen und Behandlungsoptionen besprochen. Beratung zur Verwendung der Gehhilfe und zur Nachsorge durch Sportmedizin.

Notfallmedizin: Weiteres Prozedere

Allgemeine Inhalte

Synkope.

Der Patient erlitt eine Synkopenepisode beim Reinigen einer Dachrinne, gefolgt von Schwindel und einem Sturz. Er erinnert sich nicht daran, bewusstlos gewesen zu sein. Er berichtete über Kurzatmigkeit und leidet seit etwa 2 Monaten an einer hartnäckigen Erkältung mit Symptomen wie der Abhustung von Schleim, insbesondere nachts. Das erste EKG zeigte eine Herzfrequenz von 138, und er bleibt trotz intravenöser Flüssigkeitszufuhr tachykard. Aufgrund seiner Synkopenepisoden, der multifokalen Pneumonie und der anhaltenden Tachykardie wurde gemäß Pneumonie-Protokoll eine Krankenhauseinweisung empfohlen. Ein Röntgenbild des Brustkorbs und ein wiederholtes EKG werden durchgeführt. Ein erneuter Troponin-Test wird in etwa 30 Minuten zur Überwachung möglicher Veränderungen vorgenommen. Er wird zur weiteren Behandlung der Synkope an den Stationsarzt aufgenommen.
Multifokale Pneumonie.

Am linken Lungenbasis wurden Rasselgeräusche festgestellt, und ein Röntgenbild des Brustkorbs wird zur Bestätigung der Diagnose durchgeführt. Die Behandlung mit IV Ceftriaxon und Azithromycin wurde begonnen. Er wird zur weiteren Behandlung der Pneumonie an den Stationsarzt aufgenommen.
Tachykardie.

Er bleibt mit einer Herzfrequenz von 138 im EKG tachykard. Trotz intravenöser Flüssigkeitsgabe hat sich die Herzfrequenz nicht normalisiert. Ein erneutes EKG wird durchgeführt, und ein D-Dimer-Test wird hinzugefügt, um auf Blutgerinnsel zu überprüfen. Er wird zur weiteren Behandlung an den Stationsarzt überwiesen.

Fachspezifische Inhalte

Erstbewertung:

Patient erlitt eine synkopale Episode beim Reinigen einer Dachrinne, gefolgt von Schwindel und Sturz. Er konnte sich nicht an das Bewusstloswerden erinnern. Berichtete über Atemnot und eine anhaltende Erkältung seit etwa 2 Monaten, mit Symptomen wie Auswurf von Schleim, besonders nachts. Das initiale EKG zeigte eine Herzfrequenz von 138, und trotz intravenöser Flüssigkeitsgabe bleibt er tachykard.

Differenzialdiagnose:

Pneumonie: Rasselgeräusche an der Basis der linken Lunge. Röntgenaufnahme des Thorax zur Bestätigung. Beginn einer IV-Therapie mit Ceftriaxon und Azithromycin.

Blutgerinnsel: Erhöhter D-Dimer-Wert. CT-Pulmonalangiographie zeigte keine Anzeichen einer Lungenembolie.

Verlauf in der Notaufnahme:

- Thorax-Röntgenaufnahme durchgeführt.
- Wiederholtes EKG durchgeführt.
- D-Dimer-Test hinzugefügt.
- CT-Pulmonalangiographie durchgeführt, keine Hinweise auf Lungenembolie, aber subpleurale multifokale Pneumonie festgestellt.
- Beginn einer IV-Therapie mit Ceftriaxon und Azithromycin.

Endbewertung:

Blutuntersuchungen zeigten eine erhöhte Anzahl weißer Blutkörperchen. Troponin-Test leicht erhöht. CT-Pulmonalangiographie bestätigte subpleurale multifokale Pneumonie. Persistierende Tachykardie trotz intravenöser Flüssigkeitsgabe.

Klinischer Eindruck:

- Synkope
- Multifokale Pneumonie
- Tachykardie

Disposition:

Aufnahme: Stationäre Betreuung durch einen Krankenhausarzt zur weiteren Behandlung von Pneumonie und Synkope.

Onkologie

Gezielte Verbesserungen:

- Die optimierte Anamnese erstellt nun separate onkologische und Intervall-Anamnesen, um eine bessere Integration in bestehende Dokumentationspraktiken zu ermöglichen.
- Ein zusätzlicher Schwerpunkt liegt auf den vom Patienten berichteten Nebenwirkungen und deren Behandlung.
- Die optimierte Untersuchung umfasst eine optionale ECOG-Performance-Bewertung sowie onkologiespezifische Unterüberschriften für die Untersuchung.
- Ergebnisse werden je nach Informationsquelle in die Anamnese- oder Diagnostiksektion geleitet, und die Formulierungen zur Dokumentation der Ergebnisse wurden aktualisiert.
- Der Inhalt des Diagnostikteils ist genauer und vermeidet die Verwendung von Adjektiven zur Beschreibung der Ergebnisse, wie zum Beispiel "WBC: Gut".



Onkologie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin ist eine 78-jährige Frau, die zur Erstvorstellung kommt, um die Betreuung bei einer Vorgeschichte von DCIS (Duktales Carcinoma in situ) zu etablieren.

Sie unterzog sich am 20.01.2020 einer Lumpektomie der rechten Brust, nachdem bei einer routinemäßigen Mammographie im Oktober 2019 eine Verkalkung in der rechten Brust festgestellt worden war. Eine Ultraschalluntersuchung am 03.11.2019 zeigte eine Masse in der 2-Uhr-Position, 11 cm vom Warzenhof entfernt im retroareolären Bereich, mit den Maßen 0,4 x 2 x 3 cm. Die anschließenden pathologischen Ergebnisse einer ultraschallgeführten Kernnadelbiopsie vom 05.12.2019 zeigten ein Grad 2, ER-positives, PR-positives DCIS. Die Lumpektomie entfernte erfolgreich einen 8 mm großen Tumor mit negativen Schnitträndern, und fünf Lymphknoten wurden ebenfalls entfernt, die jedoch unauffällig waren. Sie berichtet über keine Komplikationen oder Beschwerden nach dem Eingriff und führt regelmäßig Selbstuntersuchungen der Brust durch, bei denen sie keine Auffälligkeiten festgestellt hat. Nach der Lumpektomie erhielt sie eine Strahlentherapie, lehnte jedoch eine endokrine Therapie ab. Ihre letzte Mammographie im Januar 2021 war unauffällig. Sie leidet unter Rücken- und Knieschmerzen, die auf altersbedingte Veränderungen zurückgeführt werden.

Zudem wurde bei ihr vor Kurzem eine Hypercholesterinämie diagnostiziert, die sie derzeit unter Anleitung ihres Hausarztes durch Bewegung und Ernährungsumstellung zu kontrollieren versucht.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin ist eine 78-jährige Frau mit einer Vorgeschichte von duktalem Carcinoma in situ (DCIS), Stadium 0, ER/PR-positiv, in der rechten Brust. Eine Ultraschalluntersuchung am 03.11.2019 zeigte eine Masse in der 2-Uhr-Position, 11 cm vom Warzenhof entfernt im retroareolären Bereich, mit den Maßen 0,4 x 2 x 3 cm. Am 20. Januar 2020 wurde eine Lumpektomie an der rechten Brust durchgeführt, bei der ein 8 mm großer Tumor mit negativen Schnitträndern entfernt wurde; zudem wurden fünf Lymphknoten entfernt, die alle unauffällig waren. Nach der Lumpektomie erhielt sie eine Strahlentherapie, lehnte jedoch eine endokrine Therapie ab. Die letzte Mammographie im Januar 2021 zeigte keinen Hinweis auf ein Rezidiv.

Seit dem letzten Besuch berichtet die Patientin, dass sie sich wohlfühlt und keine Komplikationen oder Beschwerden nach dem Eingriff hat. Sie führt regelmäßige Selbstuntersuchungen der Brust durch und hat keine Auffälligkeiten festgestellt. Sie klagt über Rücken- und Knieschmerzen, die altersbedingt sind, und behandelt ihren neu diagnostizierten hohen Cholesterinspiegel durch Bewegung und Ernährungsumstellung unter Anleitung ihres Hausarztes. Seit dem letzten Besuch gab es keine Krankenhausaufenthalte oder neue Symptome.

Onkologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Keine Angabe.

Fachspezifische Inhalte

Allgemeinzustand: ECOG 0 (keine Einschränkung der Aktivität)

Kopf, Augen, Ohren, Nase, Rachen: Kein akuter Krankheitszustand, keine Sehstörungen, kein Hörverlust.

COR: Regelmäßiger Puls und Rhythmus, keine Herzgeräusche, keine Brustschmerzen.

Pulmo: Lungen beidseitig klar bei Auskultation, keine Atemnot.

Abdomen: Weich, nicht druckschmerzhaft, keine Vergrößerung von Leber oder Milz, keine Bauchschmerzen.

Extremitäten: Keine Ödeme, keine Schwellungen.

Haut: Keine Hautausschläge, keine Läsionen.

Neurologisch: Keine fokalen Ausfälle, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel.

Lymphsystem: Keine Lymphknotenschwellung.

Hämatologisch: Kein Fieber, keine Schüttelfrost, keine Nachtschweiß.

Psychiatrisch: Keine Anzeichen von Depression oder Angstzuständen.

Allgemeine Inhalte

1. Erhöhte Leberwerte

Erhöhte Leberwerte wurden festgestellt, möglicherweise im Zusammenhang mit einem kürzlich aufgetretenen Infekt der oberen Atemwege und einer möglichen Reizung der Leber. Die Werte sind jedoch nicht so stark erhöht, dass eine sofortige Änderung des Behandlungsplans erforderlich wäre. Es wurde empfohlen, die aktuelle Medikation fortzusetzen, einschließlich Aciclovir, Azithromycin und Bactrim. Zudem wurde sie daran erinnert, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

2. Graft-versus-Host-Erkrankung (GVHD)

Die Möglichkeit eines Wiederauftretens der GVHD wurde besprochen, wobei das Risiko im Laufe der Zeit abnimmt. Die Fortsetzung der Einnahme von Jakafi wurde empfohlen. Zudem wurde geraten, während der Grippezeit bis Ende Mai große Menschenansammlungen zu meiden. Bei Kirchenbesuchen und anderen öffentlichen Veranstaltungen sollte sie eine Maske tragen. Ein Lungenfunktionstest ist für Ende Januar oder Anfang Februar geplant, um die Lungenfunktion zu überwachen.

3. Medikamentenmanagement

Aktuell nimmt sie folgende Medikamente ein: Aciclovir, Azithromycin, Estradiol, Famotidin, Advair, Folsäure, Synthroid, Magnesium, Singulair, Protonix, Jakafi 5 mg, Tacrolimus, Kenalog und Ursodiol. Die Dosis von Tacrolimus wurde von 3 Kapseln auf 2 Kapseln zweimal täglich reduziert. Die Dosisreduktion wird fortgesetzt, indem alle zwei Wochen die abendliche Dosis ausgelassen wird, mit dem Ziel, in 14 Wochen bei 2 Kapseln morgens und 1 Kapsel abends zu sein.

Nachsorge

Rückkehr in 7 Wochen zur Nachuntersuchung nach dem Lungenfunktionstest.

Fachspezifische Inhalte

1. Graft-versus-Host-Erkrankung (GVHD)

Die Patientin hat eine Vorgeschichte mit GVHD unter Beteiligung der Lunge. Das Risiko eines Wiederauftretens wurde besprochen, wobei betont wurde, dass dieses Risiko im Laufe der Zeit abnimmt. Die Patientin nimmt derzeit Jakafi ein, und es wurde empfohlen, die Medikation fortzusetzen. Sie wurde angewiesen, während der Grippezeit bis Ende Mai große Menschenansammlungen zu meiden und bei Kirchenbesuchen sowie anderen öffentlichen Veranstaltungen eine Maske zu tragen. Ein Lungenfunktionstest ist für Ende Januar oder Anfang Februar geplant, um die Lungenfunktion zu überwachen.

Der Behandlungsplan sieht die Fortsetzung von Jakafi vor, mit dem Ziel, ein Wiederauftreten der GVHD zu verhindern. Die Patientin soll weiterhin Aciclovir, Azithromycin und Bactrim als prophylaktische Maßnahmen einnehmen. Die möglichen Nebenwirkungen von Jakafi, einschließlich Immunsuppression und erhöhtem Infektionsrisiko, wurden ausführlich besprochen. Unterstützende Maßnahmen umfassen ausreichende Flüssigkeitszufuhr und das Vermeiden von Infektionsquellen.

Die Patientin äußerte Bedenken hinsichtlich eines möglichen Wiederauftretens der GVHD und der Notwendigkeit einer lebenslangen Medikation. Es wurde erklärt, dass ein Wiederauftreten zwar möglich ist, das Risiko jedoch mit der Zeit abnimmt und ein erneutes Auftreten in der Regel milder verläuft. Die Bedeutung der kontinuierlichen Medikation zur Verhinderung einer Krankheitsprogression wurde betont.

2. Erhöhte Leberwerte

Erhöhte Leberwerte wurden festgestellt, möglicherweise im Zusammenhang mit einem kürzlich aufgetretenen Infekt der oberen Atemwege und einer möglichen Reizung der Leber. Die Werte sind jedoch nicht so stark erhöht, dass eine sofortige Änderung des Behandlungsplans erforderlich wäre. Es wurde empfohlen, die aktuelle Medikation fortzusetzen, einschließlich Aciclovir, Azithromycin und Bactrim. Zudem wurde sie daran erinnert, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

3. Medikamentenmanagement

Die Patientin nimmt derzeit folgende Medikamente ein: Aciclovir, Azithromycin, Estradiol, Famotidin, Advair, Folsäure, Synthroid, Magnesium, Singulair, Protonix, Jakafi 5 mg, Tacrolimus, Kenalog und Ursodiol. Die Dosis von Tacrolimus wurde von 3 Kapseln auf 2 Kapseln zweimal täglich reduziert. Die Dosisreduktion wird fortgesetzt, indem alle zwei Wochen die abendliche Dosis ausgelassen wird, mit dem Ziel, in 7 Wochen bei 2 Kapseln morgens und 1 Kapsel abends zu sein.

Nachsorge

Rückkehr in 7 Wochen zur Nachuntersuchung nach dem Lungenfunktionstest.

Orthopädie

Gezielte Verbesserungen:

CMS-Richtlinien für die Dokumentation

Die Dokumentation wird gemäß den aktuellen **CMS-Richtlinien** erstellt und kontinuierlich angepasst.

Laufende Anpassungen und Validierung

Die Anpassungen befinden sich derzeit in der **Testphase** und werden fortlaufend validiert.

Änderungen in der Anamnese :

- Die dokumentierten Informationen wurden **neu strukturiert** und in **mehrere Absätze** unterteilt, um die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit zu verbessern.

Körperliche Untersuchung :

- Die Untersuchung wurde in einem **übersichtlicheren Format** organisiert.
- Die **Untersuchungsvorlage** wurde so gestaltet, dass sie die **verschiedenen Körperabschnitte** in **Listenform** dokumentiert.

Weiteres Prozedere:

- Das Layout und die Formatierung wurden verbessert.
- Der Abschnitt „**Weiteres Prozedere**“ wird in **Absatzform** dokumentiert, wobei der **Behandlungsplan direkt unter der jeweiligen Diagnose** aufgeführt wird.
- Die behandelnde Person hat die Möglichkeit, den Abschnitt „**Meinen Stil**“ in ein **Listenformat** zu überführen.



Orthopädie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin ist eine 44-jährige Frau, die sich heute zur Nachuntersuchung 6 Wochen nach einer medialen unikompartimentellen Knieendoprothese rechts vorstellt. Sie berichtet über eine zufriedenstellende Erholung nach dem kürzlich durchgeführten Eingriff, ohne nennenswerte Beschwerden oder Schmerzen. Allerdings besteht weiterhin ein anhaltendes Taubheitsgefühl im Bereich der Operationsstelle. Insgesamt zeigt sich die Patientin mit dem Ergebnis der Operation zufrieden und ist derzeit schmerzfrei.

Die Patientin ist bei UPS beschäftigt, konnte jedoch aufgrund der körperlichen Anforderungen ihrer Tätigkeit, insbesondere dem Treppensteigen, noch nicht an den Arbeitsplatz zurückkehren. Der Arbeitgeber hat ihr jedoch eine alternative Tätigkeit im Sitzen mit regelmäßigen Pausen vorgeschlagen.

Fachspezifische Inhalte

Leitbeschwerde:

Die Patientin ist eine 44-jährige Frau, die sich 6 Wochen nach einer medialen unikompartimentellen Knieendoprothese rechts zur Vorstellung einfindet.

Sie berichtet über eine zufriedenstellende Erholung nach dem Eingriff. Es bestehen keine relevanten Beschwerden oder Schmerzen. Allerdings beschreibt sie ein anhaltendes Taubheitsgefühl im Bereich der Operationsstelle. Insgesamt zeigt sie sich mit dem Operationsergebnis sehr zufrieden und ist derzeit schmerzfrei. Die Patientin ist bei UPS beschäftigt, konnte jedoch aufgrund der körperlichen Anforderungen ihrer Tätigkeit, insbesondere dem Treppensteigen, noch nicht an den Arbeitsplatz zurückkehren. Der Arbeitgeber hat ihr eine alternative Tätigkeit im Sitzen mit regelmäßigen Pausen vorgeschlagen.

Orthopädie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Allgemein: Gut genährt, gut entwickelt, keine akuten Beschwerden.
Linke Hand/Handgelenk:
Lokale Druckempfindlichkeit am Basalgrundgelenk. Leichte Gelenklaxität am Basalgrundgelenk. Unbehagen bei axialer Belastung. Gute Kraft bei Oppositionsbewegung des Daumens. Fähigkeit, eine gute Faust zu machen. Keine Druckempfindlichkeit im Bereich des A1-Ringbands. Kein Einklemmen oder Blockieren.

Fachspezifische Inhalte

Allgemein: Gut genährt, gut entwickelt, keine akute Notlage.
Bewegungsapparat:
Linke Hand/Handgelenk:
Lokale Druckempfindlichkeit am basalen Gelenk.
Leichte Gelenklaxität am basalen Gelenk.
Beschwerden bei axialer Belastung.
Gute Kraft bei Daumenopposition.
Fähigkeit, eine gute Faust zu bilden.
Keine Druckempfindlichkeit im Bereich des A1-Ringbands.
Kein Einklemmen oder Blockieren.

Mehrteilig Fachspezifische Inhalte

Allgemein: Gut genährt, gut entwickelt.
Neurologisch: Wach, aufmerksam, orientiert in vier Bereichen, keine fokalen Defizite.

Respiratorisch: Klare Atemgeräusche, kein Giemen, Rasseln oder Brummen.

Haut: Keine Auffälligkeiten, keine Hautausschläge oder Läsionen.

Muskuloskelettal:

Gang:

Der Patient geht ohne Schonhaltung und ohne Hilfsmittel.

Der Patient proniert beidseitig beim Belastungsstand.

Der Patient hat eine gute Beweglichkeit der Knie und Sprunggelenke.

Rechtes Knie:

Kein Weichteilschwellung, keine Überwärmung, Hämatome oder Rötungen.

Kein Gelenkerguss.

Keine Druckempfindlichkeit an der medialen und lateralen Gelenklinie.

Keine Druckempfindlichkeit entlang der Quadrizeps- oder Patellarsehne oder entlang des MCL.

Es besteht ein Krepitus im retropatellaren Bereich.

Kraft ist 5/5 in Beugung und Streckung.

Das rechte Knie reagiert auf Varus- und Valgustest mit Öffnung.

Das vordere Kreuzband ist stabil beim vorderen Schubladentest und Lachman-Test mit festem Endpunkt.

Negativer Flexions-Pinch-Test, negativer McMurray-Test.

Wade und Kompartimente sind weich und schmerzfrei.

Distale neurovaskuläre Funktion ist intakt.

Rechter Knöchel:

Keine Deformitäten, Hämatome, Schwellungen, Rötungen oder Überwärmung.

Keine Druckempfindlichkeit.

Beweglichkeit des rechten Sprunggelenks ist gut.

Kraft ist 5/5 bei Dorsal- und Plantarflexion.

Allgemeine Inhalte

Dupuytren-Krankheit mit Knoten und Strängen, nicht kontraktile: Begrenzte Dupuytren-Knoten und kleine Stränge sind in der linken Handfläche sowie im Bereich des Ring- und Mittelfingers vorhanden. Diese überschreiten derzeit nicht das Gelenk und sind nicht kontraktile. Eine Überwachung auf Fortschreiten, wie z. B. Knoten, die das Gelenk überschreiten oder den Finger nach unten ziehen, ist erforderlich. Es ist sicherzustellen, dass die Hand flach aufgelegt werden kann. Bei Verschlechterung der Erkrankung bitte die Klinik informieren. Eine sofortige Behandlung ist nicht notwendig.

Volarer radialer Ganglionzyste: Kleine Ganglionzyste im volaren radialen Bereich des linken Handgelenks, minimal druckempfindlich, gut abgegrenzt und klein. Derzeit keine Einschränkung der Beweglichkeit des Handgelenks oder der Finger. Weiterhin Beobachtung und gegebenenfalls Verwendung von rezeptfreien Medikamenten bei leichten Schmerzen und Beschwerden.

Nachsorge: Die Erkrankung monatlich überwachen und die Klinik bei Fortschreiten oder anderen Bedenken informieren.

Fachspezifische Inhalte

Dupuytren-Krankheit mit Knoten und Strängen, nicht kontraktile: Begrenzte Dupuytren-Knoten und kleine Stränge sind in der linken Handfläche sowie im Bereich des Ring- und Mittelfingers vorhanden. Diese überschreiten derzeit nicht das Gelenk und sind nicht kontraktile.

Beobachtung auf Fortschreiten, wie etwa Knoten, die das Gelenk überschreiten oder den Finger nach unten ziehen. Sicherstellen, dass die Hand flach aufliegen kann. Bei Verschlechterung der Erkrankung die Klinik informieren. Eine sofortige Behandlung ist nicht erforderlich.

Volarer radialer Ganglionzyste: Kleine Ganglionzyste im volaren radialen Bereich des linken Handgelenks, leicht druckempfindlich und recht fokal sowie klein. Derzeit keine Bewegungseinschränkung des Handgelenks oder der Finger.

Weiterhin beobachten und bei leichten Schmerzen und Beschwerden rezeptfreie Schmerzmittel verwenden.

Nachsorge:

Monatliche Überwachung des Zustands und Benachrichtigung der Klinik bei Fortschreiten oder anderen Problemen.

Pädiatrie

Gezielte Verbesserungen:

- **Anamnese:** Basierend auf dem ermittelten Besuchstyp werden spezifische Unterüberschriften für die Vorsorgeuntersuchung verwendet, um die Informationen entsprechend zu strukturieren. Unterüberschriften für eine Vorsorge- oder Hybriduntersuchung umfassen Ernährung/Diät, Aktivitäten/Interessen, Schlaf, Bildschirmzeit, Zahngesundheit, Schule, Tagesbetreuung, Entwicklungsmeilensteine, Sicherheitspraktiken, soziale Determinanten der Gesundheit (SDOH), sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (SOGI), gynäkologische Vorgeschichte, Ausscheidungen (Urin/Stuhl), Seh- und Hörvermögen, Geburtsanamnese sowie Vorgeschichte (PMH/PSH).
- **Körperliche Untersuchung:** Enthält alters- und geschlechtsspezifische Befunde in den Bereichen Kopf-HNO, Abdomen, Genitourinary, Bewegungsapparat und Psychiatrie. Zudem werden Wachstumsmessungen wie Kopfumfang, Länge/Größe und Gewicht verbalisiert.
- **Weiteres Prozedere:** Das Modell beinhaltet Freigabeinformationen für Sport- und Schuluntersuchungen, Tagesbetreuung, Therapieberatungen und das Wohlbefinden der Eltern, einschließlich Empfehlungen bei postnataler Depression.



Pädiatrie: Allgemeines Modellnotiz-Ausgabe

ANAMNESE

Die Patientin ist ein 2-jähriges Kind, das zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt wird. Sie wird von ihren Eltern begleitet. Die Mutter berichtet, dass das Schlafmuster des Kindes konstant bleibt, mit gelegentlichen Phasen, in denen sie etwa 2 Stunden im Kinderbett verbringt. Die Schlafdauer des Kindes beträgt typischerweise 12 bis 14 Stunden, einschließlich eines Mittagsschlafs von 1 bis 1,5 Stunden. Das Kind lebt derzeit zu Hause bei den Eltern und soll im September 2024 mit dem Vorschulprogramm bei St. Anthony's beginnen. Das Kind ist sozial aktiv, nimmt jeden Dienstag an Tanzkursen teil und hatte zuvor Schwimmunterricht. In der Vorgeschichte des Kindes sind eine Ohrenentzündung und Windeldermatitis verzeichnet, die beide abgeklungen sind. Sie hat keine Probleme mit den Stuhlgang, obwohl Versuche der Toilettentrainings bisher erfolglos waren. Das Kind ist sehr aktiv und nimmt seit Kurzem kauaktive Vitamine und Probiotika ein. Die Mundhygiene ist gut, sie putzt täglich ihre Zähne, und es sind keine Nahrungsmittelallergien bekannt. Die Mutter hat eine Hautveränderung beobachtet, die Keratosis pilaris an den Oberarmen ähnelt und mit der Anwendung von Feuchtigkeitscremes behandelt wird.

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Die Lunge ist beidseitig frei von Auffälligkeiten. Das Herz schlägt mit regelmäßigem Rhythmus und ohne hörbare Geräusche. Der Bauch ist weich, ohne Organvergrößerungen. Vitalparameter

Das Gewicht des Kindes liegt zwischen dem 50. und 75. Perzentil. Die Körpergröße entspricht dem 50. Perzentil.

WEITERES PROZEDERE

1. Routinemäßige Vorsorgeuntersuchung.

Das Kind zeigt eine zufriedenstellende Wachstums- und Entwicklungsentwicklung, sodass derzeit keine weiteren Impfungen oder Blutuntersuchungen erforderlich sind. Den Eltern wurde geraten, mit dem Toilettentraining zu beginnen, wenn das Kind 2,5 Jahre alt wird. Die aktuelle Einnahme von kauaktiven Vitaminen und Probiotika wird als angemessen bewertet. Es wurde empfohlen, innerhalb des nächsten Jahres eine zahnärztliche Untersuchung bei einem Kinderzahnarzt durchführen zu lassen. Die Eltern wurden ebenfalls angewiesen, die Anwendung von Feuchtigkeitscremes zur Behandlung der Keratosis pilaris fortzusetzen.

FOLGETERMIN

Der nächste Kontrolltermin ist für August 2024 angesetzt.

ANAMNESE

Die Patientin ist ein 2 Jahre altes Kind, das zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt wird. Sie wird von ihren Eltern begleitet.

Ernährung, Aufnahme & Ausscheidung: Die Patientin isst ausgewogene Mahlzeiten, einschließlich Gemüse und Obst. Sie nimmt kauaktive Vitamine und Probiotika ein. Es sind keine Nahrungsmittelallergien bekannt. Sie hat keine Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang, obwohl Versuche der Sauberkeitserziehung bisher erfolglos waren.

Schlaf: Die Schlafdauer des Kindes beträgt typischerweise 12 bis 14 Stunden, einschließlich eines Mittagsschlafs von 1 bis 1,5 Stunden. Die Mutter berichtet, dass der Schlafrhythmus des Kindes konstant ist, mit gelegentlichen Phasen, in denen sie etwa 2 Stunden im Bett verbringt.

Geburtsanamnese: Die Mutter gibt an, dass die Patientin vaginal geboren wurde, 5 Tage über dem Termin. Keine Geburtskomplikationen oder -traumen bekannt.

Vorgeschichte (medizinisch/chirurgisch): Das Kind hatte eine Mittelohrentzündung und Windeldermatitis, die beide ausgeheilt sind.

Entwicklungsmeilensteine:

Grobmotorik: Das Kind ist sehr aktiv, kann springen und nimmt an körperlichen Aktivitäten wie Tanzkursen teil.

Sprache: Das Kind verfügt über einen umfangreichen Wortschatz und ist sozial interaktiv.

Psychosozial: Das Kind ist sozial aktiv, nimmt dienstags an Tanzkursen teil und hat zuvor Schwimmunterricht besucht.

Zwischenanamnese: Das Kind nimmt seit kurzem kauaktive Vitamine und Probiotika. Die Mutter hat eine Hautveränderung beobachtet, die einer Keratosis pilaris auf der Rückseite der Arme ähnelt und mit Feuchtigkeitscremes behandelt wird.

SOZIALE ANAMNESE

Wohnsituation: Das Kind lebt derzeit zu Hause bei den Eltern.

Schule: Geplant ist der Beginn des Kindergartens an der St. Anthony's Schule im September 2024.

Hobbys: Tanzkurse und Schwimmunterricht.

Zahnhygiene: Zähne werden täglich geputzt, empfehlenswert ist ein Zahnarztbesuch innerhalb des nächsten Jahres.

Sicherheitsmaßnahmen: Das Kind schläft allein im Bettchen.

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Allgemeinzustand: Wirkt wohl, keine sichtbaren Beschwerden.

HNO, Augen & Kopf: Bindehaut klar, Skleren nicht gelblich, Schleimhäute feucht, Oropharynx frei von Auffälligkeiten.

Hals: Keine Lymphknotenschwellung, beweglich, normale Bewegungsamplitude.

Herz-Kreislauf: Regelmäßige Frequenz und Rhythmus, kein hörbares Herzgeräusch, periphere Pulse unauffällig.

Lunge / Thorax: Beidseits klare Atemgeräusche, keine Rasselgeräusche, normales Atemmuster.

Abdomen: Aktive Darmgeräusche, weich, nicht druckschmerzhaft, nicht gebläht, keine Leber- oder Milzvergrößerung, keine tastbaren Massen.

Extremitäten: Kapillarfüllzeit unter 2 Sekunden, keine Trommelschlegelfinger, keine Zyanose, keine Ödeme.

Urogenital: Alters- und geschlechtsgerecht unauffällig.

Haut: Keine Ausschläge, normale Hautspannung, normale Textur und Pigmentierung.

Muskuloskelettal: Symmetrischer Muskeltonus und -umfang.

Neurologisch: Wach, bewegt alle Extremitäten gut, normaler Muskeltonus und -umfang.

Psychiatrisch: Altersgemäße Stimmung und Affekt.

WEITERES PROZEDERE

Routineuntersuchung zur Gesundheitsvorsorge.

Das Kind zeigt eine zufriedenstellende Entwicklung und kein Bedarf an weiteren Impfungen oder Blutuntersuchungen zum jetzigen Zeitpunkt. Den Eltern wurde empfohlen, mit der Sauberkeitserziehung zu beginnen, wenn das Kind 2,5 Jahre alt ist. Die Einnahme der kauaktiven Vitamine und Probiotika wird als angemessen bewertet. Ein Besuch beim Kinderzahnarzt innerhalb des nächsten Jahres wurde angeraten. Die Eltern wurden gebeten, die Anwendung von Feuchtigkeitscremes zur Behandlung der Keratosis pilaris fortzusetzen.

Folgetermin: Die Patientin ist für eine Nachuntersuchung im August 2024 eingeplant. Überweisungen zu Spezialisten oder Therapien: Zahnarzt.

Psychiatrie

Gezielte Verbesserungen:

Anamnese: Das Modell soll Zwischenanamnesen, soziale und psychiatrische Anamnesen, Angaben zum Substanzkonsum, relevante Negative sowie Befunde einbeziehen.

Körperliche Untersuchung: Wird auf das Allgemeinbild und die Haut beschränkt. Der Schwerpunkt liegt auf der psychiatrischen Statusuntersuchung mit den nachfolgend aufgeführten Informationen.

- Psychiatrische Statusuntersuchung
- Allgemeines Verhalten
- Sprachmerkmale
- Stimmung und Affekt
- Denkprozesse
- Denkinhalt
- Selbstgefährdende Gedanken
- Wahrnehmungsstörungen
- Bewusstseinslage und kognitive Funktionen
- Einsicht und Urteilsvermögen
- Motivation

Weiteres Prozedere: Das Modell soll Probleme, Therapieverlauf, klinische Eindrücke, therapeutische Interventionen, Plan, Nachsorge sowie Risikofaktoren erfassen.



Allgemeine Inhalte

Die Patientin stellt sich per virtueller Konsultation zur Beurteilung von Angstzuständen vor. Sie berichtet von Müdigkeit und leichter Angst. Ihre Angst scheint situationsbedingt zu sein, und sie vermutet, dass sie durch eine Zwangsstörung (OCD) und Kontaminationsängste verursacht wird. Sie hat bemerkt, dass sie sich häufig die Hände wäscht, etwa 10 Mal am Tag, und nach dem Berühren von vermeintlich unsauberen Gegenständen desinfiziert. Sie wäscht sich die Hände in der Regel so lange, bis es sich „richtig“ anfühlt, was 20 bis 40 Sekunden dauert. Bei zunehmender Angst wäscht sie ihre Hände 1,5 bis 2 Minuten lang. Ihre Stimmung ist insgesamt distanziert, ängstlich und müde. Nach dem Husten in der letzten Nacht und heute Morgen hatte sie Kopfschmerzen, was bei ihr aufgrund eines Hirnaneurysmas häufig vorkommt. Begleitsymptome sind Brustschmerzen, die sie auf Schluckauf zurückführt, ein Symptom, das sie oft erlebt. Sie vermutet einen Herzinfarkt und ein Hirnaneurysma, was ihre Angst verstärkt hat. Sie denkt über die Einnahme von NAC nach, während sie an der Reduzierung von THC arbeitet. Ihre Depression ist mild ausgeprägt. Sie schläft gut, hat jedoch Schwierigkeiten, morgens aufzustehen und sich zum Schlafengehen zu motivieren. Trazodon hilft ihr effektiv beim Schlafen. Sie ist eine Nachteule und möchte ihren Abend genießen, was sie als hinderlich empfindet. Sie muss an ihrer Schlafhygiene arbeiten. Ihre Nahrungsaufnahme war einige Wochen stabil, hat sich diese Woche jedoch verschlechtert, was erhebliche Ängste bezüglich einer Gewichtszunahme auslöst. Sie wiegt sich täglich. Sie hat verschiedene Methoden ausprobiert, um ihr Gewicht zu reduzieren, findet dies jedoch herausfordernd. Sie hat ihre Mahlzeiten auf eine Mahlzeit pro Tag reduziert, neigt dazu, überwiegend Flüssigkeiten zu sich zu nehmen, und hat begonnen, ihre Ernährung einzuschränken. Sie berichtet keine Gedanken an Selbstverletzung oder Gewalt gegenüber anderen.

Fachspezifische Inhalte

Zwischenbericht:

Die Patientin berichtet, sich „müde, etwas ängstlich“ zu fühlen und beschreibt ihre Angst als verstärkt aufgrund körperlicher Symptome wie Kopfschmerzen und Brustschmerzen. Sie erlebt diese Symptome zunehmend häufiger und führt sie auf ihre Zwangsstörung (OCD) zurück, insbesondere auf gesundheitsbezogene Zwänge. Sie erwähnt, dass ihre Angst „etwas zugenommen“ hat, sich ansonsten jedoch gut fühlt. Diese Woche gelingt es ihr besser, ihre OCD-Symptome zu kontrollieren, indem sie die Häufigkeit des exzessiven Händewaschens reduziert. Ihre Stimmung beschreibt sie als „abgekoppelt, ängstlich und müde“.

Sozialanamnese:

- Arbeitet in einer Suchtklinik
- Lebt mit einem Partner zusammen
- Konsumiert hauptsächlich abends THC

Psychiatrische Vorgeschichte:

- Diagnose: Zwangsstörung (OCD) und Angststörung
- Nimmt derzeit Trazodon zur Schlafunterstützung ein
- Frühere Versuche mit verschiedenen Medikamenten mit unterschiedlichem Erfolg
- Leichte Depression, die mit der aktuellen Medikation gut behandelt wird

Substanzgebrauch:

- THC-Konsum vorwiegend abends
- Keine Diagnose einer Cannabisgebrauchsstörung, arbeitet jedoch auf einen Verzicht hin

Untersuchungsergebnisse:

- Während dieses Termins wurden keine Labor- oder psychologischen Testergebnisse vorgelegt

Psychiatrie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Allgemeinzustand: Gut entwickelter, gut genährter Patient.
Vitalzeichen: Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz und Temperatur liegen im normalen Bereich.
Geistiger Zustand: Der Patient zeigt eine gedrückte Stimmung, einen flachen Affekt und verminderte Konzentrationsfähigkeit. Er äußert ein negatives Selbstbild und Gefühle der Hoffnungslosigkeit.
Haut: Es werden keine Auffälligkeiten oder Läsionen festgestellt.
Neurologisch: Die Hirnnerven sind intakt, und es gibt keine Anzeichen für fokale neurologische Defizite.

Fachspezifische Inhalte

Allgemeines Erscheinungsbild: Der Patient wirkt müde und etwas ängstlich, ist jedoch kooperativ und während der Sitzung engagiert.
Haut: Keine sichtbaren Anzeichen von Selbstverletzung oder körperlichem Missbrauch.
Allgemeines Verhalten: Der Patient ist kooperativ und engagiert, wirkt jedoch müde und etwas ängstlich.
Sprechweise: Die Sprache ist normal in Geschwindigkeit, Lautstärke und Artikulation.
Stimmung und Affekt: Der Patient berichtet von Gefühlen der Dissoziation, Ängstlichkeit und Müdigkeit. Der Affekt entspricht der Stimmung.
Denkprozesse: Die Denkprozesse sind logisch und zielgerichtet.
Denkinhalt: Keine Wahnvorstellungen oder Obsessionen festgestellt.
Schädliche Gedanken: Der Patient verneint jegliche Gedanken an Selbstverletzung oder Schaden gegenüber anderen.
Wahrnehmungsstörungen: Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsstörungen berichtet.
Sensorium und kognitive Funktionen: Der Patient ist wach und orientiert bezüglich Person, Ort und Zeit.
Einsicht und Urteilsvermögen: Einsicht und Urteilsvermögen scheinen intakt zu sein.
Motivation: Der Patient ist motiviert, Angst- und Zwangssymptome zu bewältigen und offen für die Diskussion von Medikationsmöglichkeiten.

Allgemeine Inhalte

1. Angstzustände.

Sie berichtet, sich ängstlich zu fühlen und Brustschmerzen aufgrund von Schluckauf zu haben, die sie mit einem Herzinfarkt in Verbindung bringt. Außerdem erwähnt sie eine verstärkte Angst durch Kopfschmerzen und Sorgen über ein Hirnaneurysma oder einen Tumor. Ihre Angst scheint situativ und mit gesundheitlichen Sorgen verbunden zu sein, was eine Unterform von Zwangsstörungen (OCD) darstellt. Sie nimmt derzeit Medikamente gegen Angstzustände ein, die ihr helfen. NAC 600 mg wird zur Unterstützung bei Angstzuständen vor dem Schlafengehen begonnen. Mögliche Nebenwirkungen und das Fehlen signifikanter Wechselwirkungen mit ihren aktuellen Medikamenten wurden besprochen. Sie wird ihre Reaktion auf das Medikament beobachten und die Dosierung bei Bedarf anpassen.

2. Zwangsstörung (OCD).

Sie berichtet über OCD-Symptome, einschließlich übermäßigem Händewaschen und Desinfizieren nach dem Berühren von als unrein wahrgenommenen Gegenständen. Sie arbeitet daran, die Häufigkeit des Händewaschens von dreimal hintereinander auf ein- bis zweimal zu reduzieren. Sie wird weiterhin an diesen Verhaltensweisen arbeiten und ihren Fortschritt überwachen.

3. Depression.

Sie berichtet von leichter Depression und Müdigkeit. Ihre derzeitige Medikation scheint zu wirken, und sie fühlt sich mental besser als früher. Es sind keine Änderungen an ihrer aktuellen Medikation geplant.

4. THC-Konsum.

Sie arbeitet an der Einstellung des THC-Konsums und erkundigte sich nach NAC zu diesem Zweck. Obwohl die Forschung zu NAC bei der THC-Abstinenz begrenzt ist, könnte es bei Angstzuständen helfen. Sie wird NAC 600 mg vor dem Schlafengehen einnehmen und die Wirkung beobachten.

Probleme:

- Angst
- Zwangsstörung (OCD)
- Depression
- THC-Konsum
- Schlafhygiene

Inhalt der Therapie:

- Besprechung der Angst des Patienten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Bedenken, einschließlich Brustschmerzen durch Schluckauf und Kopfschmerzen.
- Untersuchung der OCD-Symptome, insbesondere übermäßiges Händewaschen und Desinfizieren.
- Behandlung der leichten Depression und Müdigkeit des Patienten.
- Diskussion über den Verzicht auf THC und den möglichen Einsatz von NAC zur Linderung von Angstzuständen und THC-Verlangen.

Klinische Einschätzung:

Der Patient zeigt situationsbedingte Angst, die hauptsächlich mit gesundheitlichen Sorgen zusammenhängt und Teil der OCD ist. Er berichtet von leichter Depression und Müdigkeit, wobei die aktuelle Medikation bereits eine gewisse Linderung bietet. Die OCD-Symptome, einschließlich des übermäßigen Händewaschens, werden durch schrittweise Verhaltensänderungen behandelt. Der Patient arbeitet an der Einstellung des THC-Konsums und zeigt Interesse an der Verwendung von NAC zur Unterstützung dieses Ziels.

Therapeutische Intervention:

- Kognitive Verhaltenstechniken zur Umstrukturierung der Angst und Reduzierung der OCD-Verhaltensweisen.
- Psychoedukation über den Einsatz von NAC bei Angstzuständen und dessen potenzielle Vorteile bei der THC-Abstinenz.

Plan:

- Beginn der Einnahme von NAC 600 mg vor dem Schlafengehen zur Unterstützung bei Angstzuständen und Beobachtung der Wirkung.
- Weiterarbeit an der Verringerung der Häufigkeit von Händewaschen und Desinfizieren.
- Beibehaltung der aktuellen Medikation zur Behandlung von Depression und Angst.

Nachsorge:

- Nächster Termin in zwei Wochen zur Beurteilung der Wirkung von NAC und des Fortschritts bei den Verhaltensinterventionen.
- Ziele für die nächste Sitzung sind die Bewertung der Wirksamkeit von NAC, weitere Reduzierung der OCD-Verhaltensweisen sowie Verbesserung von Schlaf- und Essgewohnheiten.

Notizen & Risikofaktoren:

- Keine aktuellen Risikofaktoren für Selbst- oder Fremdgefährdung.
- Schutzfaktoren umfassen laufende Therapie, Medikamenteneinnahme und Unterstützung durch das Behandlungsteam.

Urologie

Gezielte Verbesserungen:

Gesamtnote:

Stilistische Verbesserungen speziell für die urologische Dokumentation

Anamnese:

Einbeziehung einer ausführlicheren Darstellung urologischer Symptome, Prostata- und urologischer Krebserkrankungen, urologischer Risikobewertungen und PSA-Überwachung.

Körperliche Untersuchung:

Erfasst relevanten Inhalt mit größerer klinischer Spezifität in einem logischen und prägnanten Format.

Weiteres Prozedere:

- Erfasst urologisch relevante Inhalte mit höherer klinischer Genauigkeit.
- Dokumentation der Diskussion über Risiken, Vorteile und Alternativen der Behandlung
- Erfassung von Differentialdiagnosen, falls besprochen.



Urologie: Anamnese

Allgemeine Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Abklärung von Harninkontinenz, einem Einzelniere und Schlafapnoe vor.

Sie wurde mit einer Einzelniere und einer kleinen Perforation im Anus geboren, was bis zum Alter von 4 Jahren die Verwendung eines Kolostomiebeutels erforderlich machte. Außerdem hatte sie eine imperforierte Hymne, die chirurgisch behandelt werden musste. Trotz dieser Herausforderungen kommt sie gut zurecht. Aufgrund anhaltenden Harnverlusts trägt sie weiterhin Windelhosen, die ihr jedoch keine Beschwerden bereiten. Ein kürzlich aufgetretenes Problem sind Symptome der Schlafapnoe, die vor etwa einem Monat begannen und sich durch Halsschmerzen äußern. Die Mutter berichtete wenige Tage vor dem Besuch von einem metallischen Geruch im Urin. Die Patientin möchte zu normaler Unterwäsche wechseln und denkt über chirurgische Optionen zur Verbesserung ihres Komforts nach.

Im Jahr 2022 wurde sie aufgrund einer Niereninfektion stationär behandelt, seither traten keine erneuten Harnwegsinfektionen auf. Ein Termin bei der Nephrologie ist für den 04.04.2025 geplant. Sie zeigt noch keine Anzeichen der Pubertät, hat jedoch in den letzten 4 bis 5 Monaten Schamhaare und Brustknospen entwickelt. Ihr Blinddarm ist noch vorhanden.

Sie hat ein Tethered-Cord (verkürztes Rückenmark) und wird von der Neurochirurgie betreut. Sie berichtet über keine neuen Rückenschmerzen und hat keine Gehprobleme.

Fachspezifische Inhalte

Die Patientin stellt sich zur Beurteilung von Harninkontinenz, einem einzelnen Niere und Schlafapnoe vor. Sie wird von ihrer Mutter begleitet. Sie wurde mit einer einzelnen Niere, einer kleinen Öffnung im Anus und einem Hymenatresie geboren, die alle chirurgisch behandelt werden mussten. Bis zum Alter von 4 Jahren trug sie einen Colostomiebeutel. Trotz dieser Herausforderungen kommt sie gut zurecht. Sie trägt weiterhin Windelhosen aufgrund anhaltenden Harnverlusts, der ihr keine Beschwerden bereitet. Es besteht der Wunsch, auf normale Unterwäsche umzusteigen, und es wird eine Operation zur Verbesserung des Komforts in Erwägung gezogen. Sie hält eine gute persönliche Hygiene aufrecht.

Im Jahr 2022 wurde sie aufgrund einer Niereninfektion hospitalisiert, hatte seitdem jedoch keine wiederkehrenden Harnwegsinfektionen. Die Mutter berichtet über einen metallischen Geruch im Urin für einige Tage. Ein Termin bei der Nephrologie ist für den 04.04.2025 geplant.

Sie zeigt noch keine Anzeichen der Pubertät, obwohl sich in den letzten 4 bis 5 Monaten Schamhaare und Brustknospen entwickelt haben.

Gelegentlich leidet sie unter Verstopfung, die mit MiraLAX behandelt wird. Sie hat ein festgebundenes Rückenmark (Tethered-Cord) und befindet sich in neurochirurgischer Behandlung. Es gibt keine neuen Berichte über Rückenschmerzen, und sie hat keine Gehprobleme.

Ein aktuelles Problem sind Symptome der Schlafapnoe, die vor etwa einem Monat begannen und durch Halsschmerzen gekennzeichnet sind.

Urologie: Körperliche Untersuchung

Allgemeine Inhalte

Keine Angabe.

Fachspezifische Inhalte

Genitourinär: Die Blase erscheint normal, mit Ausnahme einer kleinen Erhebung an der linken Seitenwand, vermutlich ein kleiner Blasentumor.

Urologie: Weiteres Prozedere

Allgemeine Inhalte

Prostatakrebs.

Seine PSA-Werte sind deutlich gesunken. Allerdings bleiben seine Testosteronwerte suboptimal, was möglicherweise zu seiner anhaltenden Müdigkeit und verringerten Libido beiträgt. Das Ziel ist es, die niedrigen PSA-Werte beizubehalten, während sich die Testosteronwerte normalisieren.

Erektile Dysfunktion.

Er nimmt derzeit Viagra 100 mg ein, berichtet jedoch, dass die Wirkung nicht ausreichend ist.

Nachsorge

Der Patient wird in 4 Monaten zur Nachuntersuchung kommen.

Fachspezifische Inhalte

Prostatakrebs.

Die PSA-Werte sind deutlich auf 0,04 gesunken, was auf eine positive Reaktion auf die Behandlung hinweist. Die Testosteronwerte bleiben unter dem Optimalbereich, was zu anhaltender Müdigkeit und vermindertem Libido führt. Das Ziel ist es, die niedrigen PSA-Werte aufrechtzuerhalten, während sich die Testosteronwerte normalisieren. Folgeuntersuchungen bei Dr. Patel werden fortgesetzt, und ein weiterer Termin wird nach Rücksprache mit Dr. Patel vereinbart. Dem Patienten wird geraten, eine Kopie seiner Laborergebnisse zur weiteren Überprüfung vorzulegen.

Erektile Dysfunktion.

Derzeit nimmt der Patient Viagra 100 mg ein, berichtet jedoch, dass es nicht wirksam ist. Alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Tadalafil, Vakuumpumpen und Injektionsmedikamente wurden besprochen. Der Patient wird diese Optionen in Betracht ziehen und seine Entscheidung vor dem nächsten Besuch mitteilen.

Nachsorge

Nachsorgetermin in 4 Monaten.

Vielen Dank

