

Studentische Epikrise

Von: Name: Andreas Vorname: Maue Matrikel:123456

Emailadresse: andymagneuro@neurorules.com

Stationstag am: 15.10.2012 Station:330

Patient: N.N. Jahrgang: 1983

Ärztlicher Betreuer: Dr. C. Hasler

Stationärer Aufenthalt der Patientin seit 10.10.12, (evtl.: X Tage Intensivstation)

Einweisung: elektiv in die Ambulanz, dann akut auf Normalstation aufgenommen

Kommentar [C1]: Achten Sie darauf, dass Ihre Emailadresse korrekt ist, sonst können Sie keine Korrektur erhalten!

Kommentar [C2]: Nur die Initialen des Patienten verwenden. Es ist rechtlich untersagt nicht anonymisierte Patientendaten mitzunehmen, bzw. per Mail zu verschicken.

Datenblatt

Anamnese und Untersuchung:

Aktuell: Die Patientin berichtet, dass Sie seit ca. einer Woche ein Kribbeln und Ungeschicklichkeit im linken Bein bemerkt habe. Sie sei damit aufgewacht, initial sei es dann über den Tag schlimmer geworden, seither mehr oder weniger konstant. Die Beschwerden bestünden permanent und seien nicht durch Maßnahmen wie Bewegung, Schlaf, etc. beeinflussbar. Sie leide außerdem schon länger unter Abgeschlagenheit. Kein Infekt oder Fieber in der Vergangenheit. Zeckenbisse werden verneint. Erstmaliges Ereignis dieser Art.

Kommentar [C3]: Wann ist was, wie aufgetreten und seither verlaufen? Achtung!! Verwenden Sie hier die Worte des Patienten! Ein Patient erzählt selbst meistens nicht von „Kribbelparästhesien“! Eher vom „Ameisenlaufen“. Das gehört hierher!

- **Passiv:** Sehstörungen vor 2 Jahren auf dem linken Auge (sei nie abgeklärt worden und von alleine verschwunden)
- **Diagnosen/Vorerkrankungen:** Endometriose (ohne Therapie), arterielle Hypertonie
- **Systemüberblick/vegetativ:** keine Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Stimmung gut, Miktio/Defäkation beschwerdefrei, Alter: 28, Größe: 169cm, Gewicht 68kg, konstant, kein Nachtschweiß, kein Fieber, kein Infekt aktuell, Nikotin: nein, Alkohol: gelegentlich, keine Belastungsdyspnoe, keine pectanginösen Beschwerden, keine Lungenprobleme, keine chron. Infektionen bekannt
- **Sozial:** Sekretärin in Verwaltung der Universität, aktuell nur mäßige Belastung, sitzende Tätigkeit, keine eigenen Kinder, lebt mit Lebensgefährten in gemeinsamer Mietwohnung
- **Medikamente:** Ramipril 2,5mg 1-0-0, Pille Diane
- **Allergien:** Frühblüher, keine Medikamentenunverträglichkeiten bekannt
- **Familienanamnese (nur Verwandte in direkter Linie):** Vater arterielle Hypertonie und Diabetes, sonst unauff., insbesondere keine neurologischen Erkrankungen

Kommentar [C4]: Meistens ist die Blindarm OP mit dem 16. Lebensjahr nicht relevant. Lassen Sie so was weg. Chronische Probleme, oder Erkrankungen die Sie für relevant halten gehören hier rein, z.B. eine Tbc!

Kommentar [C5]: Bestehende Krankheiten, die schon einen Namen haben, oder behandelt werden.

Kommentar [C6]: Bei schwer betroffenen Patienten sollen Sie herausfinden, wie der Patient zu Hause versorgt ist. Gibt es eine Pflegestufe? Kommt er so zu Hause zurecht?

Kommentar [C7]: Hier sollte kein Medikament auftauchen, für das Sie nicht auch eine Vorerkrankung aufgezählt haben!

Differentialdiagnostische Arbeitshypothesen oder klinischer Arbeitsauftrag:

Diagnostik/Differentialdiagnosen eines akut aufgetretenen, schmerzlosen sensomotorischen Defizits des linken Beines:

- Entzündliche ZNS-Erkrankungen (bakteriell, autoimmun), z.B. Neuroborreliose, Neuroleues, Multiple Sklerose, Devic-Syndrom, ADEM, Vasculitis, Lupus,
- Wurzelkompressionssyndrome v.a. der LWS, da keine Beschwerden der OE
- Ischämischer oder hämorrhagischer Insult (Schlaganfall)

Und ggf. Therapie

Kommentar [C8]: Um diesen Schritt zu bewältigen gehen Sie wie folgt vor: Welches Symptom hat der Patient?? Z.B. Kribbelparästhesien, oder eine Hemiparese, oder eine unklare Bewusstlosigkeit, oder eine Verschlechterung des Gehens bei M. Parkinson. Erarbeiten Sie nun 3-5 mögliche Ursachen/Differentialdiagnosen = Arbeitshypothesen. Machen Sie lieber zwei wirklich gute, als 5 an den Haaren herbeigezogene! Dies ist einer der wichtigsten Schritte. Nehmen Sie sich ein Lehrbuch und Zeit dafür!

Klinische Untersuchungsbefunde:

Neurologisch: wach, jedoch „abgeschlagen“, allseits orientiert, kein Meningismus, keine Aphasie, Lasègue negativ, Ws ohne Klopfeschmerz,

Hirnnerven: I anamnestisch keine Riechstörung, II: Visus orientierend intakt, links leichte Rotationsstörung, Gesichtsfeld fingerperimetrisch intakt, Fundus: nicht untersucht, Pupillen: mittelweit, isocor, Lichtreaktion prompt direkt und indirekt, Swinging Flashlight Test: keine Hinweise auf RAPD, III/IV/VI: keine Doppelbilder, keine Nystagmen, Blickfolge frei, flüssig, Sakkaden unauffällig, VCR intakt, V: Sensibilität intakt, seitengleich, M. masseter und M. temporalis stgl. innerviert, Wimpernreflex

Kommentar [C9]: Vollständig. Besonders gut, wenn Sie zielgerichtet untersuchen. Also wenn Sie z.B. ein Parkinsonsyndrom beschreiben, auch auf z.B. ein Zahnradphänomen eingehen. Das ist bei MS hingegen irrelevant.

seitengleich erhältlich, VII: Augenschluss stgl. komplett, Stirnrunzeln, stgl., keine Mundastschwäche, VIII: Barany-Zeigerversuch stgl. unauffällig, kein Nystagmus oder Schwindel, Hören orientierend stgl., IX,X: Würgerreflex stgl. auslösbar, Husten kräftig, nicht heiser, keine Hinweise auf Aspiration, XI: Schultern bds. Kräftig gehoben, stgl., Kopfwenden stgl. kräftig, XII: Zunge wird symmetrisch herausgestreckt, keine Atrophie,

Gang und Stand: Gang aufrecht, flüssiges Gangbild, keine erhöhte Wendeschrittzahl, Schrittweite und -länge unauffällig, erschwerte Gangproben: mit geschlossenen Augen unsicher, leichte Fallneigung nach links, Seitläufer unsicher, monopedaes Hüpfen links deutlich verplumpt, Romberg negativ, Unterbergertretversuch: unauffällig,

Motorik: obere Extremität (OE): keine Paresen, Kraft allseits KG M5, Armhalteversuch: kein Absinken, keine Pronation, untere Extremität (UE): rechtes Bein allseits M5, linkes Bein: Kniebeugung M4, Kniestreckung M4, Fußhebung M4. Fußsenkung M4, Hüftbeugung und Streckung M5, Beinhalteversuch: kein Absinken. Trophik: keine Atrophien, Tonus: links: Fußklonus 3-5 Schläge, rechts nicht, keine Spastik, kein Rigor, zusätzliche Bewegungen: kein Tremor, keine Myoklonien, **Sensibilität:** OE: keine Störungen von Oberflächensensibilität oder Algesie, Propriozeption intakt, Pallästhesie der Fingergrundgelenke 8/8 bds., UE: Kribbelparästhesie der Fußsohle, keine Störungen der Oberflächensensibilität oder Schmerz Wahrnehmung, Pallästhesie: 7/8 bimalleolär, Propriozeption intakt,

MER: OE: Reflexe mittellebhaft stgl., Trömnern bds. nicht erhältlich, UE: Adduktoren stgl. schwach erhältlich, PSR: links lebhaft > rechts, ASR links lebhaft > rechts, Babinski links suspekt, Gordon: positiv, Babinski rechts negativ, Bauchhautreflexe bds. nicht erhältlich.

Feinmotorik/Koordination: Finger-Nase-Versuch bds. sicher, Knie-Hacke-Versuch links leicht ataktisch, Fingerlaufen: sicher, flüssig bds., Fingertapping sicher, bds., Eudiadochokinese bds.

Psychopathologisch: Stimmung euthym, Affektive Schwingungsfähigkeit erhalten, kein Hinweis auf Eigen- oder Fremdgefährdung, Kein Hinweis auf inhaltliche oder formale Denkstörungen oder für psychotisches Erleben.

Internistisch: COR: Herzaktion rhythmisch, Herztöne rein, RR: 185/95mmHg, PULMO: vesikuläres AG, keine RGs, sonorer Klopfeschall, Bauch: weich, kein DS, Peristaltik lebhaft über 4 Quadranten, keine Organomegalie, keine Ödeme, periphere Pulse allseits tastbar

Neurologische Leitsymptome/-syndrome:

a.e. zentrale, distal betonte, Beinparese KG M4 links, mit gesteigerten Reflexen, sowie Kribbelparästhesien der linken Fußsohle, Fatigue-Syndrom

Geräte- und Labordiagnostik:

Labor: Routinelabor unauffällig, bis auf grenzwertiges CRP von 10mmol/l, BSG unauffällig, Urin: Material fehlt

Liquorlabor: teils ausstehend am Stationstag, **Frage:** Hinweise auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung (erhöhte Zellzahl und Eiweiß, Laktatreduktion/erhöhte Liquorglukose)? Spezielle autoimmun-entzündliche Hinweise (oligoklonale Banden, MRZ-Reaktion)? Erregernachweis oder -kontakt (Borreliose, Lues)

Vorläufige Ergebnisse: Zellzahl 5 Zellen/ μ l, Gesamteiweiß 510mg/l, Laktat und Glukose normwertig, oligoklonale Banden ausstehend, erhöhter Antikörperindex für VZV, Masern, Röteln

EKG: Sinusrhythmus, normofrequent, Linkstyp, keine ERST

Craniales MRT und MRT des cervikalen Myelons mit Kontrastmittel:

Frage: Gibt es Hinweise auf entzündliche Veränderungen? Ausschluss eines Schlaganfalles.

Kommentar [C10]: Psychopathologisch sind vor allem relevante Aussagen: Selbst- oder Fremdgefährdung? Stimmung?

Kommentar [C11]: Internistisch sollten Sie sicherstellen, dass wir keine relevanten Probleme übersehen: Blutdruck? Cor, Pulmo, Abdomen, Puls, Ödeme, ggf. relevante Auffälligkeiten ergänzen (z.B. Ikterus).

Kommentar [C12]: Nun nennen Sie mit Fachbegriffen, welche Befunde Sie in der klinischen Untersuchung herausgefunden haben. z.B.: akinetisch-rigides Parkinsonsyndrom linksbetont mit erhöhter Fallneigung nach hinten

Kommentar [C13]: Bitte schreiben Sie keine Befunde ab! Zu Beginn sollten Sie die Indikation oder Fragestellung formulieren. Warum wurde diese Untersuchung gemacht? Was wollte man rausfinden? Dann sollen Sie sagen, was dabei rauskam. In ihren eigenen Worten. Beispiel: cMRT: Indikation: V.a. auf Schlaganfall bei Hemiparese. Befund: Mediateilinfarkt linksseitig, subakut. Keine Einblutung. Kein Tumor. Bitte beschreiben Sie im Laborteil v.a. pathologische Parameter, bzw. besonders relevante Parameter, auch wenn sie normal sind, aber der Fragestellung dienlich sind. (Bsp: V.a. Krampfanfall, Routinelabor unauffällig, Laktat und CK normwertig (spricht eher gegen Arbeitshypothese))

Kommentar [C14]: Immer die Indikation bzw. Fragestellung formulieren!

Kommentar [C15]: Warum wurde das MRT gemacht?

Es finden sich multiple Gliosen im Marklager bds. (etwa 4 Stück) und drei Balkenherde, einer davon mit Kontrastmittelanreicherung. Ebenfalls fragliche Kontrastmittelanreicherung eines Herdes des Myelons Höhe HWK 7, keine Hinweise auf Blutung oder Ischämie. Befund passend zu einer entzündlichen ZNS-Erkrankung. Eventuell Multiple Sklerose.

Evozierte Potentiale (sensibel, motorisch, visuell):

Frage/Indikation: Nachweis weiterer klinisch nicht fassbarer Demyelinisierungsherde

Befunde noch ausstehend

Kommentar [C16]: Das kommt vor. Einfach vermerken.

Rö-Thorax:

Frage: Weder Indikation noch Fragestellung bekannt.

Ergebnis: unauffällig

Kommentar [C17]: Auch das kommt vor. Gut ist, wenn Ihnen auffällt, dass es hier keine richtige Fragestellung gab. Achtung: Es könnte auch sein, dass Sie im Verlauf etwas wichtiges übersehen haben!

Therapie/ klinischer Verlauf/ Komplikationen:

Unter dem V.a. auf eine autoimmun bedingte chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung erfolgte eine Therapie mit 1g Urbason/d über 5 Tage (geplant, aktuell Tag 3). Es handelt sich dabei um eine Schubtherapie. Die Patientin erhielt ergänzend zur Thromboseprophylaxe niedermolekulares Heparin und zur Ulcusprophylaxe Pantozol.

Darunter entwickelte die Patientin Fieber und klagte über Schmerzen beim Wasserlassen. Ein Urin-Status ergab einen nitritpositiven Harnwegsinfekt, der nun kalkuliert mit einem Antibiotikum (Ciprofloxacin) anbehandelt wurde. Das CRP war mit 74mmol/l ebenfalls deutlich erhöht. Darunter verbesserten sich die Beschwerden.

Kommentar [C18]: Was ist auf Station passiert? Manche Patienten kommen zu rein therapeutischen Behandlungen. Sollte der Schwerpunkt ihrer Epikrise auf der Therapieoptimierung liegen, können Sie dies hier beschreiben.

Ebenfalls auffällig waren die Blutdruckwerte der Patientin (185mmH systolisch). Eine spezifische Therapie erfolgte bisher nicht.

Die Patientin selbst äußert aktuell Zweifel an der Diagnose. Hat außerdem viele Fragen bezüglich des weiteren Vorgehens. Wirkt unsicher und fordernd.

Eine Entlassung ist für in etwa 3-4 Tagen geplant, wenn die Kortisonstoßtherapie erfolgt ist und die Infektwerte fallen.

Außerdem wurde eine Rehabilitationsbehandlung beantragt.

Kommentar [C19]: Achten Sie internistische Probleme! Auch die gehören hierhin!

Kommentar [C20]: Auch das gehört zu Einschätzung eines Patienten! Finden Sie seine Sorgen, Erwartungen und Ängste heraus. Sie benötigen diese Informationen für die spätere Einschätzung.

Kommentar [C21]: Überlegen Sie sich, wie es weiter gehen soll!

Bearbeitungshinweis zu Datenblatt:

Hier handelt es sich vor allem um Fleißarbeit. Sie haben dafür 3 DIN A 4 Seiten. Die besonders anspruchsvollen Schritte sind folgende:

1. Erstellung der Arbeitshypothesen: Vom Symptom/Syndrom zur Differentialdiagnose/Arbeitshypothese/bzw. Arbeitsauftrag. Manchmal sollen wir nur therapieren. Dann können Sie hier auch diskutieren, warum z.B. der seit 20 Jahren gesicherte M.Parkinson schlechter geworden ist.
2. Zusammenfassung des klinischen Befundes: Erst hier benutzen Sie Fachwörter.
3. Die Datenblätter gehen zu 50% in die Note mit ein.

Einschätzungen und Empfehlungen

Die 28-jährige Patientin stellte sich am 12.10.2012 in der neurologischen Ambulanz auf Grund von seit einer Woche bestehender Kribbelparästhesien des linken Fußes und einer Ungeschicklichkeit des linken Beines vor. Die Beschwerden waren relativ akut aufgetreten und zeigten sich seither konstant.

Unter dem Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung erfolgte umgehend die stationäre Aufnahme zur weiteren Diagnostik und ggf. Therapie.

Ursächlich ist zum aktuellen Zeitpunkt a.e. von einer Multiplen Sklerose als Ursache auszugehen.

Klinisch neurologisch fand sich eine zentrale, distal betonte Beinparese M4 mit positivem Pyramidenbahnzeichen links und Fußklonie. Darüber hinaus fanden sich Kribbelparästhesien der Fußsohle. Anamnestisch habe die Patientin bereits vor zwei Jahren unter einer Sehstörung auf dem linken Auge für etwa 3 Wochen gelitten. Hier findet sich eine Rotdesaturation.

Es erfolgte eine Lumbalpunktion und eine Routinelaboridiagnostik. Hier fanden sich im Aufnahmelabor bis auf ein diskret erhöhtes CRP keine Hinweise auf eine Entzündung. Auch in der Lumbalpunktion fanden sich keine Hinweise auf eine akute bakterielle oder virale Infektion. Auch anamnestisch wurden Nachtschweiß, Fieber oder ein Infekt verneint. Klinisch fanden sich keine Hinweise für keinen Meningismus. Eine bakterielle oder virale Infektion erscheint daher aktuell unwahrscheinlich.

Es finden sich jedoch gehäuft Hinweise für eine autoimmun bedingte ZNS-Erkrankung. Die MRZ-Reaktion im Liquor ist positiv. Die oligoklonalen Banden sind noch ausstehend, aber ein positiver Befund ist zu erwarten. Das MRT ergab Demyelinisierungsherde. Diese sind teils mit KM-Aufnahme, was für einen floriden entzündlichen Prozess spricht. Herde ohne KM-Aufnahme sprechen für bereits abgelaufene Entzündungen.

Um die Diagnose einer Multiplen Sklerose stellen zu können, werden die überarbeiteten McDonald-Kriterien angewandt.

Die Patientin erfüllt folgende Kriterien:

1. Zeitliche Dissemination: bisher wurde nur ein Schub beschrieben. Es finden sich jedoch vermutlich alte Herde und neue Herde mit KM-Aufnahme. Eventuell lag eine Retrobulbärneuritis vor zwei Jahren vor.
2. Räumliche Dissemination: 1 Herd im Rückenmark, Herde im Marklager/Balkenstrahlung

Diese Kriterien machen das Vorliegen einer Multiplen Sklerose wahrscheinlich.

Jedoch wurde bisher keinerlei Untersuchungen durchgeführt, die eine Vaskulitis evtl. im Rahmen einer Systemerkrankung (Lupus, etc.) ausschließen.

Hinweise auf einen Schlaganfall oder eine intrazerebrale Blutung konnten nicht im MRT gefunden werden. Diese Ursache erscheint in der Zusammenschau der vorliegenden Befunde unwahrscheinlich.

Erhärtende Hinweise auf eine Wurzelkompression als Ursache finden sich nicht. Dagegen spricht vor allem die Schmerzfreiheit der Wirbelsäule. Ebenfalls spricht klinisch die Reflexsteigerung dagegen. Hinweise für eine isolierte Radikulopathie finden sich nicht (Kniebeuger, Strecker, Fußheber und Senker).

Diagnosen: Verdacht auf erstmaligen Schub einer Multiplen Sklerose
Harnwegsinfekt
Arterielle Hypertonie

Kommentar [C22]: Dieser Teil zeigt, wie weit Sie ärztliches Denken anwenden können! Es ist der wichtigste Teil. Wir wollen vor allem erkennen, dass Sie sich Gedanken machen, logisch vorgehen und gut argumentieren lernen. Wir wissen, dass Sie kein Profi sind. Nur Mut!

Kommentar [C23]: Fassen Sie nun kurz zusammen, wie die Patientin zu uns gefunden hat und warum? Was ist die Hauptarbeitshypothese/Verdachtsdiagnose? (Wenn Sie es schon wissen) Hier benutzen Sie nun Fachjargon! In der Anamnese nutzen Sie die Worte des Patienten!

Kommentar [C24]: Wenn auf dem Datenblatt gründlich waren, können Sie nun hier einfach die Zusammenfassung des klinischen Befundes einfügen.

Kommentar [C25]: Sie haben bis hier hin schlüssig erklärt, warum diese Arbeitshypothese eher verworfen werden kann.

Kommentar [C26]: Auf zur Begründung der nächsten Arbeitshypothese!

Kommentar [C27]: Achtung! Wie stellt man eine Diagnose? Die meisten Diagnosen fordern gewisse Kriterien. Diese findet man in guten Lehrbüchern. Oder aber im Internet. Die deutsche Gesellschaft für Neurologie, hat für jede große neurologische Krankheit diese Kriterien auf der Website stehen (<http://www.dgn.org>). Hier müssen Sie etwas genauer begründen!

Kommentar [C28]: Solche kritischen Anmerkungen beweisen, dass Sie den Fall genau verstanden haben. Sehr gut!

Kommentar [C29]: Nun haben Sie alle Arbeitshypothesen des Datenblattes diskutiert. Trauen Sie sich eine (Verdachts-) Diagnose zu stellen!

Empfehlungen:

- Ergänzung der Diagnostik um vaskulitische Parameter im Labor
- Nochmaliges Aufklärungsgespräch über aktuelle Befunde, evtl. Infomaterial aushändigen
- Anbindung an einen niedergelassenen Neurologen, oder MS-Sprechstunde am Klinikum
- Etablieren einer Schubprophylaxe, z.B. mit Interferon
- Durchführung der beantragten Reha, um Arbeitsfähigkeit zu erhalten
- Optimierung der hypertensiven Blutdruckwerte, evtl. internistische Vorstellung

Kommentar:

Wenn Sie möchten können Sie uns einen 4-zeiligen Kommentar hier lassen. Dieser geht nicht in die Wertung mit ein. Aber falls Sie noch etwas ganz dringen loswerden möchten, ist hier Platz dazu. **Achtung! Keine Evaluation!** Diese bitte über das NePs-Evaluationsfeld. Danke!

Bearbeitungshinweise für Einschätzungsteil:

Hier zeigen Sie, dass Sie den Fall verstanden haben. Wenn Sie nun merken, dass Sie den Fall nicht kapiert haben, obwohl Sie zu dem Thema alles gelesen haben: Ab zurück auf Station und vorsichtig anfragen, ob es jemand mit Ihnen nochmal durchspricht. Dieser Teil geht ebenfalls zu 50% in die Note mit ein.

Formale Kriterien und Benotungshinweise:

- Max. 5 Seiten. Schriftgröße 10-12, übersichtlich, deutsch, Grammatik und Rechtschreibung weitestgehend richtig, lesbare Sätze. Eine grobe Missachtung führt zu Abzügen bis maximal eine Notenstufe!
- Noten: 1 sehr gut - 2 gut - 3 befriedigend - 4 ausreichend (**50% der Punkte erreicht**) - 5 mangelhaft
- Epikrisen mit der Note 5 sind nicht bestanden. Diese können dann 1x neu verfasst werden. Die Note ergibt sich aus der ersten Epikrise (5) plus die korrigierte Note (z.B. 3) geteilt durch 2. In diesem Beispiel also 4. Sollte die Korrektur nicht mindestens ausreichend sein, muss der Stationstag wiederholt werden.
- Das Datenblatt und der Einschätzungsteil gehen zu jeweils 50% in die Note ein.
- Die Epikrise schicken Sie bitte 5 Tage nach dem Stationstag an:
epikrise.neurologie(at)gmail.com

Ein versöhnliches Wort zum Schluss: Warum quälen wir Sie damit?

Liebe Studierende. Sie lernen schrecklich viel in Ihrem Studium. Ehrlich gesagt, benötigen Sie davon als Arzt nur noch ganz wenig. Aber es gibt viele Dinge, die Ihnen abverlangt werden, die Ihnen kein Mensch beibringt. Dazu gehört die komplexe Aufgabe einen kompletten Fall zu erfassen. Dazu gehört auch der schwierige Prozess des Arbeitshypothesenbildens. Sie alle haben unterschiedliche Patienten. Mit unterschiedlichen Krankheiten. Aber alle haben Sie die gleiche methodische Aufgabe zu lösen. Und egal für welche Fachrichtung Sie sich einmal entscheiden. Der hier abverlangte Prozess läuft immer nach demselben Schema ab. Darum nutzen Sie die Chance sich einmal in Ruhe mit diesem anspruchsvollen und ur-ärztlichen Denkprozess zu beschäftigen. Es lohnt sich!

Das NePs-Team wünscht Ihnen viel Erfolg, Motivation und Spaß!

Kommentar [C30]: Das i-Tüpfelchen! Hier dürfen folgende Punkte nicht fehlen:
Neurologische Empfehlung, ggf. Physio- Ergotherapie oder Logopädie nicht vergessen.
Internistische Empfehlung, wenn notwendig.
Sozialmedizinische Empfehlung.
Falls ausstehend: diagnostische Empfehlung.
Muss der Patient noch aufgeklärt werden? Ist mit den Angehörigen noch etwas zu besprechen? Muss eine gesetzliche Betreuung eingeleitet werden?