



Marienhospital Stuttgart . Postfach 10 31 63 .70027 Stuttgart

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Tübingen

Herrn
Gerhard Herbert Wiegner
Uhlbacher Str. 205
70329 Stuttgart

Klinik für Innere Medizin 2

Ärztlicher Direktor
Dr. med. Stefan Reinecke MBA FHM
Tel. (0711) 64 89 - 81 21
Fax (0711) 64 89 - 81 22
innere2@vinenz.de

**Schwerpunkt Allgemeine Innere Medizin,
Gastroenterologie und Infektiologie**
Gastroenterologie Ltd. OA Dr. T. Wanner
Infektiologie OA Dr. S. Horn
Tel. (0711) 64 89 - 81 21
innere2@vinenz.de

**Schwerpunkt Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin**
Leitender Arzt Dr. J. Glockner
Pneumologie
Tel. (0711) 64 89 - 81 25
pneumologie@vinenz.de
Schlaf- und Beatmungsmedizin
Tel. (0711) 64 89 - 81 60
schlafmedizin@vinenz.de

Schwerpunkt Nephrologie
Leitender Arzt Dr. S. Maus
Tel. (0711) 64 89 - 80 55
nephrologie@vinenz.de

Schwerpunkt Rheumatologie
Leitender Arzt Dr. S. Heitmann
Tel. (0711) 64 89 - 81 46
rheumatologie@vinenz.de

Name, Vorname	Wiegner, Gerhard Herbert
Geburtsdatum, Geschlecht	05.11.1962, M
Straße, Ort	Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart
Fallnummer, Status	52106882, stationär Station M9A/B St. Maria

26.03.2022

Shi / Franz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über o. g. Patienten, der sich vom 07.03.2022 bis 26.03.2022 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose:

Bakteriämie mit Morganella morganii

- Blutkultur: Morganella morganii
- Ampicillin/Sulbactam 07.03. - 09.03.2022
- Piperacillin/Tazobactam 09.03.22-13.03.2022

Chronische Niereninsuffizienz CKD St. G3bA2

- a.e. bei hypertensiver und diabetischer Nephropathie
- **aktuell: akute Nierenschädigung AKIN II**, a.e. kardio-renales Syndrom Typ 1 DD medikamentös
- von Entresto DD septisch
- renale Folgeerkrankungen: sek. Hyperparathyreoidismus

Ausschluss nosokomiale SARS-CoV2 Infektion

unklare mediastinale Lymphadenopathie mit ausgeprägter Splenomegalie(20cm)

- Beckenstanz am 25.03.22: folgt



Hypokaliämie

- initial Kalium 2,7mmol/l
- i.v. und p.o Substitution

Vitamin D Mangel

Dekompensierte Herzinsuffizienz, HFrEF, NYHA IV

- leicht-mittelgradig reduzierte LV-Funktion (EF 41%)
- reduzierte RV-Funktion (TAPSE 14 mm)
- Mittelgradige, funktionelle Mitralklappeninsuffizienz
- Hochgradige, postkapilläre pulmonale Hypertonie
- LTOT 2l/min seit 2018
- **aktuell:** erneut Kardiale Dekompensation, Beinödeme, proBNP 4937

chronisches Ulcus linke Wade

Arterielle Hypertonie

- Z.n. hypertensiver Entgleisung 02/22

Diabetes mellitus Typ 2, HbA1c 6,8%, Beginn inkretinbasierte BOT

Adipositas permagna (BMI 49)

Cholezystolithiasis

Steatosis hepatis

Unverträglichkeit: Declofenac

Therapievorschlag:

Medikationsplan bei Entlassung:

ASS 100mg	1-0-0
Entresto 24/26mg	Absetzen
Bisoprolol 2,5mg	1-0-1
Candesartan 8mg	1-0-1
Pantoprazol 40 mg	1-0-0 für 4 WO, dann absetzen
Spironolacton 50mg	Absetzen
Torasemid 10mg	1-0-0
Forxiga 10mg	1-0-0
Ozempic 0,5mg	0-1-0 1x/Woche, montags
Atorvastatin 20mg	0-0-1
Vigantol 1000IE	1-0-0 neu
Toujeo 20IE	1-0-0

Bei Bedarf: Novaminsulfon 500mg Tbl bis 4x tgl. wenn nicht ausreichend: Tilidin 50/4mg bis 2x tgl.
heim O2 2L /min, bei Bedarf (Belastung) bis 4 L/min

Procedere:

Nephrologische Anbindung in Ärztezentrum Ostend (Ostendstr. 90; 70188 Stuttgart). Hierfür vereinbaren wir einen Vorstellungstermin am 11.04.2022 um 9:00. Bitte bringen Sie zum Termin **Entlassbericht, Überweisungsschein von Hausarzt sowie Covid-Impfnachweis bzw. negativen Testergebnis** mit.

Wir bitten um regelmäßige Gewichtskontrolle und ggf. Anpassung der diuretischen Therapie unter regelmäßigen Kontrolle der Retentionsparameter.

Zur Befundbesprechung vereinbaren wir einen Termin am **13.04.2022 um 12:30** in der onkologischen Ambulanz (V1 Zi 126 Sekretariat Onkologie). Bitte bringen Sie zum Termin **Überweisungsschein von**

Hausarzt mit.

Anamnese:

Der Patient kommt mit NAW von zu Hause. Er war bis zum 02.03.2022 in domo stationär bei kardialer Dekompensation. Er berichtet, er habe heute Abend plötzlich Schüttelfrost und Dyspnoe bekommen. Bei Ankunft des Rettungsdienstes unter 2 Liter Sauerstoff/min Sättigung 78%. Unter 10 Litern Anstieg auf 100%. Patient deutlich tachypnoeisch. Blutdruck unter Dyspnoe bei 180 mmHg. Nach Gabe von 10 mg Urapidil Senkung auf 140 mmHg. Kein FND. Bei klinischen Zeichen der Überwässerung Furosemid 40 mg. Zudem 3 mg Morphin. Der Patient berichtet, er habe heute Abend plötzlich Schüttelfrost bekommen und dann ging es ihm ganz schlecht. Keine AP. Jedoch vermehrt Dyspnoe. In den letzten Tagen seien keine Auffälligkeiten gewesen. Keine Bauchschmerzen. Miktion oB. Stuhlgang heute nach Klyisma. Kein Teerstuhl. Kopfschmerzen und Schwindel werden verneint. Er habe seit Entlassung wieder 5 Kilo zugenommen.
wohnt mit Ehefrau zu Hause

Covid-Anamnese

Covid-Status: geimpft (zuletzt am 12/21)
Impfstoff und Häufigkeit: 2x Comirnaty (Biontech), Boosterimpfung mit Comirnaty (Biontech)
Impfstatus geprüft: nein
Kontakt zu Sars-CoV 2-Erkrankten: nein

Vormedikation:

ASS 100mg	1-0-0 neu
Entresto 24/26mg	1-0-1 neu
Bisoprolol 5mg	1-0-1 neu
Pantoprazol 40 mg	1-0-0
Spironolacton 50mg	1-0-0 neu
Torasemid 10mg	1-0-0 neu
Forxiga 10mg	1-0-0 neu
Ozempic 0,5mg	0-1-0 1x/Woche, montags
Atorvastatin 20mg	0-0-1
Toujeo 20IE	1-0-0 reduziert

Heim O2 2 L/min

Körperliche Untersuchung:

Allgemeines: chronisch reduzierter AZ, sehr adipöser EZ, voll orientiert, kein Ikterus, keine Zyanose, enoral sehr trockene Schleimhäute.

Herz: Puls regelmässig, Herztöne rein, keine Herzgeräusche.

Lunge: seitengleich vesikuläres Atemgeräusch.

Abdomen: sehr adipös, weich, diskreter diffuser Druckschmerz, Darmgeräusche unauffällig, kein Flankenklumpfschmerz.

U-Extremitäten: frei beweglich, deutliche Beinödeme bds., chronisches Ulcus linke Wade

Haut: keine Effloreszenzen

Orientierende Neuro: keine fokale-neurologischen Ausfälle, Pupillomotorik unauffällig.

Vitalparameter / Meßwerte:

07.03.2022 22:19 **Atemfrequenz** 20.00 /min
08.03.2022 03:20 **Blutdruck** 112 / 66 mmHg, **Pulsschläge** 81 Schl/min, **Körpertemperatur** 37.8 °C, **Pulsoxymeter gemessene Sauerstoffsättigung** 100.00 %

Befunde:

BGA vom 07.03.22:

pH 7.488 ; pCO₂ 34.3 mmHg; pO₂ 49.7 mmHg
tHb 15.5 g/dl; Ka+ 5.1 mmol/l; Na+ 135.0 mmol/l; AG 14.3 mmol/l
Glu 187.0 mg/dl; Lac 3.5 mmol/l; BE 2.6 mmol/l; cHCO₃ 26.7 mmol/l

Ruhe-EKG vom 07.03.2022:

SR, Hf 90/min, SIQIII-Typ, RS-Umschlag V4, S-Persistenz V6 (bekannt)

Orientierende Sonographie des Abdomens in der INA:

Sehr erschwerte Schallbedingungen bei Adipositas.
Keine freie Flüssigkeit perihepatisch (Morison), perilienal (Koller) und retrovesical (Douglas).
Steatosis hepatis, Splenomegalie, Gallenblase reizlos ohne -itis-Zeichen, Gallenstein (bekannte), DHC schlank.
Nieren in Lage und Form unauffällig, kein Harnaufstau bds., Harnblase mäßig gefüllt.
V.cava inferior prall.
Keine Pleuraergüsse bds.
Beurteilung: Splenomegalie. Bekannter Gallenstein.

Orientierende Echokardiographie in der INA:

Sehr erschwerte Schallbedingungen. Beurteilung kaum möglich.

CT Thorax mit KM vom 07.03.2022:

Kein pulmonaler Infektfokus. Keine Lungenarterienembolie. Zahlenmäßig deutlich vermehrte teils grenzwertig vergrößerte Lymphknoten mediastinal. Splenomegalie. Befundkonstellation DD reaktiv DD lymphatische Grunderkrankung nicht auszuschließen.

CT-Thorax vom 21.03.2022:

Weiterhin multiple Lymphknoten mediastinal, im Vergleich zum Vorbefund jedoch Zahlenmäßig abnehmend sowie größenregredient. Kein Nachweis umschriebener Infiltrate oder pulmonale Rundherde. Kein Pneumothorax. Keine Pleuraergüsse. Vorbekannter Schilddrüsenknoten im linken Schilddrüsenlappen. Nebenbefundlich Nachweis von Konkrementen in der Gallenblase.

Mikrobiologie:

Blutkultur aerob/anaerob periphere Vene
Auftragsanlage: 07.03.2022
Endbefund: 11.03.2022
1) Morganella morganii

Nativurin DK transurethral
Auftragsanlage: 08.03.2022
Endbefund: 09.03.2022
< 1000 KBE/ml

Blutkultur aerob/anaerob periphere Vene
Auftragsanlage: 08.03.2022
Endbefund: 11.03.2022
Kulturflaschen nach 48 Stunden negativ.

Nativurin DK transurethral
Auftragsanlage: 08.03.2022
Endbefund: 09.03.2022
< 1000 KBE/ml

Blutkultur aerob/anaerob periphere Vene
Auftragsanlage: 10.03.2022
Endbefund: 12.03.2022
Kulturflaschen nach 48 Stunden negativ.

Blutkultur aerob/anaerob periphere Vene
Auftragsanlage: 10.03.2022
Endbefund: 12.03.2022
Kulturflaschen nach 48 Stunden negativ.

Stuhl kein Abnahmeort
Auftragsanlage: 10.03.2022
Endbefund: 14.03.2022
physiologische Standortflora (+)

Abstrich Wunde oberflächlich

Auftragsanlage: 11.03.2022

Endbefund: 15.03.2022

- 1) Escherichia coli
- 2) Staphylococcus capitis (CNS)
- 3) Staphylococcus pasteurii
- 4) Enterococcus raffinosus

Abdomensonographie vom 21.03.2022:

eingeschränkte Schallbedingungen durch Meteorismus und Adipositas
Splénomegalie, Steatosis hepatis, reizlose Cholezystolithiasis, Pankreaslipomatose.

Lymphknotenonographie vom 23.03.2022:

Unauffälliger Lymphknotengesamtstatus cervical, axillär, inguinal.

Konsile:

Nephrologisches Konsil vom 09.03.2022:

Klinisch-anamnestisch und laborchemisch ergibt sich aktuell kein Verdacht einer thrombotischen Mikroangiopathie. Am ehesten liegt eine akut-auf-chronisches Nierenversagen bei kardialer Dekompensation vor, zudem eine parainfektiose Komponente bei COVID-19. Aktuell empfehle ich folgendes Procedere:

- Ein/Ausfuhr bilanzieren, max Einfuhr 1,5l / d
- Torasemid, Entresto und Spironolacton Pause
- Furosemid 80 mg i.v. 1-1-0
- Urin-Sediment

- Labor: nproBNP, Thrombozyten im Citratblut, Dialyseprofil, Rheuma-Zusatz, Hämolyseparameter: Fragmentozyten, LDH, Haptoglobin

- Sono-Abdomen: Nierenmorphologie, H.a. Harnaufstau?
- Fokussuche bei Bakteriämie: Blut und Stuhlkultur
- Vorbefunde vom Hausarzt anfordern
- Verlaufskontrolle Retentionswerte und Elektrolyte alle 2-3 Tage

Urologisches Konsil vom 15.03.2022:

PSA bei aktueller Bakteriämie keine Konsequenz. Wenn Patient entisoliert bitte Re-Konsil, oder bei Befundverschlechterung

Nephrologisches Konsil vom 15.03.2022:

Aktuell wurde nochmals ein langes Gespräch mit dem Patienten über salzarme Kost, Gewichtsreduktion, Einhaltung einer Flüssigkeitsbeschränkung (Obst, Gemüse, Suppen, Soßen) geführt, des Weiteren die Notwendigkeit einer engmaschigen kardiologischen und nephrologischen Anbindung. Metformin wird von dem Patienten nicht vertragen, eine Gewichtsreduktion scheitert an der fehlenden körperlichen Belastbarkeit, eine Ernährungsberatung habe nur zu dem Ergebnis geführt das er alles richtig mache. Aktuell empfehle ich folgende Therapieumstellung:

- Beginn Forxiga 10 mg 1-0-0 im weiteren verlauf steigern
- Umstellung auf Furosemid 500 mg 1/4 - 1/4 - 0 p.o
- 3 x wöchentlich KG Kontrollen,
- Falls > 2 kg Gewichtszunahme in 7 tagen Steigerung Furosemid, falls Abnahme Anpassung
- Candesartan 16 mg 1/2 - 0 - 1/2 p.o, Entresto pause, Spironolacton pause
- Kalinor Pause
- bei Entlassung kurzfristige wohnortnahe nephrologische Anbindung: z. b. Ärztezentrum Ostendstrasse Tel 0711 997988310
- Einfuhrbeschränkung 1,5 l/24 h
- salzarme Kost,
- Ernährungsberatung
- Anbindung Herzsportgruppe
- Soweit möglich Reduktion Humaninsulin

Kardiologisches Konsil vom 17.03.2022:

Ausführliche kardiologische Abklärung ist bereits erfolgt (siehe E-Brief vom 2.3.22). Eine Intensivierung der Herzinsuffizienztherapie scheitert an der Niereninsuffizienz (siehe Nephro-Konsil vom 16.3.). Daher Anpassung

der Diuretika an den Gewichtsverlauf. Kontrolle der Nierenwerte und E'lyte. Gewichtsreduktion. Ambulante kardiologische (und nephrologische) Anbindung dringend empfohlen.

Wie im Entlassbrief bereits empfohlen, Kontrolle der Mitralklappeninsuffizienz und der linksventrikulären Funktion durch den niedergelassenen Kollegen. Bei Verschlechterung dann gerne Wiedervorstellung bei uns (Sekretariat 0711/ 6489-2127).

Onkologisches Konsil vom 24.03.2022:

Es besteht eine ätiologisch unklare Splenomegalie erheblichen Ausmaßes, zudem eine eher gering ausgeprägte und im Verlauf diskret rückläufige mediastinale Lymphadenopathie. Das Blutbild weitgehend unauffällig, so dass eine MPN unwahrscheinlich erscheint. Ein (splenisches) Lymphom erscheint prinzipiell möglich. Daher erscheint, wie besprochen, eine KM-Punktion sinnvoll. Bitte den Patienten aufklären und z. B. für morgen (25.3.) anmelden!

Ergänzend Virologie für EBV und CML empfohlen. Wegen der mediastinalen Lymphadenopathie erscheint eine Verlaufskontrolle z. B. mittels CT Thorax in 2-3 Monaten sinnvoll. Bei relevanter Wachstumstendenz wäre dann (sofern die KMP unergiebig bliebe) eine LK-Biopsie zu erwägen.

Knochenmarkpunktion vom 25.03.2022:

Komplikationslose Knochenmarkspunktion Beckenkamm rechts nach Hautwaschung, örtlicher Infiltration. Erheblich aufwendige KMP zu zweit, aufgrund der Anatomischen und Konstitutionellen Bedingung ist eine konventionelle Punktion nur deutlich erschwert möglich, es gelingt nach mehrmaligen Punktionen eine kleinste Knochenstanze. Diagnostische Aussagekraft bleibt abzuwarten, keine weitere Diagnostik möglich (Durchflusszytometrie, Genetik).

Prozedere:

-Auf Sandsack liegen für 2h, danach klinische Kontrolle

Epikrise:

Die stationäre Aufnahme von Herr Wiegner erfolgte bei geschilderter Anamnese zunächst auf unsere operative Intensivstation. Dort wurde bei deutlich erhöhten Entzündungswerte ohne klaren Infektfokus eine antibiotische Therapie mit Unacid begonnen unter der sich die Entzündungswerte im weiteren Verlauf rasch fallend zeigten. CT-morphologisch zeigte sich kein Nachweis von pneumonischen Infiltraten oder Lungenarterienembolie. In der asservierte Blutkultur ließ sich *Morganella morganii* nachweisen. Die Urinkultur blieb ohne Keimnachweis. Zudem imponierte zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Hypokaliämie mit 2,7 mmol/l, die parenteral substituiert wurde, sowie ein akut auf chronisches Nierenversagen AKIN II bei chronischer Niereninsuffizienz G3bA2. Am 08.03.2022 wurde Herr Wiegner bei positivem Befund im SARS-CoV2 Abstrich auf unsere COVID Isolierstation verlegt. Wie sich später herausstellte kam es wohl zu einer Verwechslung von Patientendaten im Zentrallabor weshalb der positive Abstrichbefund nicht zu verwerten war. Da Herr Wiegner jedoch bereits mit einem SARS-CoV2 positivem Patienten kohortiert wurde war eine Verlegung auf Normalstation zunächst nicht möglich, sodass er als Kontaktperson für 10 weitere Tage isoliert werden musste. Nach 10 tätiger Quarantäne und bei negativem Sars-Cov 2 PCR Befund wurde der Patient am 18.03.22 auf peripheren Station verlegt.

Bezüglich des akuten Nierenversagens wurden konsiliarisch die Kollegen der Nephrologie hinzugezogen. Unter Intensivierung der diuretischen Therapie bei akut auf chronischem Nierenversagen a.e. bei kardiorenalem Syndrom DD medikamentaggraviert (Entresto), ließ sich die Nierenfunktion wieder auf Ausgangsniveau stabilisieren. Unter intravenöser Diuretikatherapie ließen sich 7 kg mobilisieren, das Entlassgewicht der Patientin betrug 132 kg. Die diuretische Therapie wurde im Verlauf bei Anstieg der Retentionsparameter vorsichtig angepasst. Wir empfehlen regelmäßige Gewichtskontrollen und bei Gewichtszunahme die Konsultation des Hausarztes und ggf. eine Anpassung der Diuretika. Nephrologische Anbindung bei chronischer Niereninsuffizienz ist im Ärztzentrumstend geplant, hierfür vereinbarten wir einen Vorstellungstermin am 11.04.2022 um 9:00. Wir bitten um o.g. Procedere zu beachten.

Nebenbefundlich fanden sich im CT-Thorax zahlenmäßig deutlich vermehrte teils grenzwertig vergrößerte mediastinale Lymphknoten sowie eine Splenomegalie. Es erfolgte eine ct-graphische Kontrolle nach antibiotischer Behandlung, in der sich rückläufig, aber weiterhin vermehrte und vergrößerte Lymphknoten mediastinal zeigte. Nach Mitbeurteilung von Kollegen aus Abteilung Onkologie erfolgte eine komplikationslose Knochenmarkpunktion zur weiteren Abklärung. Der zytologische, histologische sowie immunhistologische Befund stand bei Entlassung noch aus. Zur Befundbesprechung vereinbarten wir einen Termin am 13.04.2022 um 12:30 in der onkologischen Ambulanz (V1 Zi 126 Sekretariat Onkologie). Wir bitten um o.g. Procedere zu beachten.

Des Weiteren erhielt der Patient eine Vitamin D Substitution bei laborchemischem Vitamin D Mangel.

Am 26.03.2022 konnten Wir Herr Wiegner in Ihren ambulanten Weiterbetreuung entlassen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. S. Reinecke MBA
Ärztlicher Direktor

Dr. T. Wanner
Leitender Oberarzt

H. Shi
Assistenzärztin

Empfänger:

Dr. Renate Steyskal-Lang, Friedrichshafener Str. 2, 70329 Stuttgart

Nachrichtlich an:

Dr. med. Wolfgang Hanel, Ostendstr. 90, Ärztezentrum Ostend 90
Gerhard Herbert Wiegner, Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart

Marienhospital Stuttgart

Pat.: **Wiegner, Gerhard Herbert**

Geb.Dat.: **05.11.1962, M**

kumulative Wertedarstellung

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	7-236685	8-236176	0-239742	2-242736	3-244862	4-246728	5-249272
Auftrag eingeleasen:			17.03.2022	18.03.2022	20.03.2022	22.03.2022	23.03.2022	24.03.2022	25.03.2022
Uhrzeit:			15:44	07:51	09:21	07:46	07:55	08:01	08:53

Hämatologie									
Leukozyten	3.5 - 9.8	Tsd/µl		10.5↑	10.4↑	10.3↑	8.17	8.0	7.92
Erythrozyten	4.5 - 5.9	Mio/µl		5.5	5.6	5.9	5.3	5.4	5.6
Hämoglobin	13,5 - 17,5	g/dl		13.9	14.2	14.8	13.4↓	13.6	14.1
Hämatokrit	40.0 - 53.0	%		43.9	45.2	48.4	42.9	43.6	45.7
MCV	80.0 - 96.0	fl		79.8↓	80.9	81.6	80.9	80.3	81.6
MCH	28.0 - 33.0	pg		25.3↓	25.4↓	25.0↓	25.3↓	25.0↓	25.2↓
MCHC	33.0 - 36.0	g/dl		31.7↓	31.4↓	30.6↓	31.2↓	31.2↓	30.9↓
Thrombozyten	130 - 400	Tsd/µl		269	233	252	200	197	217
Neutrophile	43 - 75	%		68.0		69.5	64.1	69.7	69.0
Lymphozyten	16 - 45	%		22.4		20.4	24.6	20.0	21.0
Monozyten	2.6 - 8.2	%		7.0		7.7	8.4↑	7.1	7.2
Eosinophile	0.4 - 6.6	%		2.3		1.7	2.3	2.3	2.0
Basophile	0.3 - 1.5	%		0.3		0.7	0.6	0.9	0.8
Neutrophile (abs.)	1.7 - 6.8	Tsd/µl		7.2↑		7.2↑	5.2	5.6	5.5
Lympho (abs.)	0.9 - 2.6	Tsd/µl		2.4		2.1	2.0	1.6	1.7
Monozyten (abs.)	0.2 - 0.5	Tsd/µl		0.7↑		0.8↑	0.7↑	0.6↑	0.6↑
Eosinophile (abs.)	0.03 - 0.38	Tsd/µl		0.24		0.18	0.19	0.18	0.16
Basophile (abs.)	0.02 - 0.08	Tsd/µl		0.03		0.07	0.05	0.07	0.06
Neutrophil to Lymphocyte Ratio	0.78 - 3.53	%		* 3.00					

Klinische Chemie									
CRP	< 5	mg/l		9.13↑	11.2↑	16.4↑	14.7↑	16.8↑	15.8↑
IL-6	< 15.0	pg/ml		5.0					
Serumzucker (Glucose)	70 - 100	mg/dl		* 120↑			* 110↑		* 108↑
Bilirubin gesamt	< 1.2	mg/dl		0.5		0.4	0.4	0.4	0.4
GOT/ASAT (IFCC)	< 50	U/l		27		24	21	20	23
GPT/ALAT (IFCC)	< 50	U/l		27		26	22	19	20
gamma GT	< 66	U/l		299↑		280↑	237↑	243↑	236↑
Alk. Phosphatase (IFCC)	40 - 130	U/l		104		111		97	
LDH	135 - 225	U/l		123↓		135	99↓	105↓	167
CK	< 174	U/l		10					
Myoglobin	18.0 - 78.0	µg/l		57.4					
Troponin I (high sensitive)	< 34.2	pg/ml		* 14.1					
Cholesterin	< 190	mg/dl		236↑					
Triglyceride	< 175	mg/dl		329↑					
HDL-Cholesterin	> 39	mg/dl		32↓					
LDL-Cholesterin	< 160	mg/dl		* 166↑					
Lipase (Sentinel)	< 60	U/l		178↑			165↑		123↑
VLDL-Cholesterin	< 30.0	mg/dl		38.0↑					

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	7-236685	8-236176	0-239742	2-242736	3-244862	4-246728	5-249272
Auftrag eingeleitet:			17.03.2022	18.03.2022	20.03.2022	22.03.2022	23.03.2022	24.03.2022	25.03.2022
Uhrzeit:			15:44	07:51	09:21	07:46	07:55	08:01	08:53

Harnstoff	16.8 - 51.4	mg/dl		53.4↑	70.0↑	75.9↑	75.6↑	64.0↑	54.3↑
Creatinin (Jaffé)	0.70 - 1.30	mg/dl		1.71↑	2.13↑	2.25↑	2.00↑	1.74↑	1.82↑
eGFR (berechnet nach MDRD)	> 60.0	mL/min/		* 35.2↓	* 27.2↓	* 26.1↓	* 27.3↓	* 33.5↓	* 33.3↓
GFR (berechnet aus Cystatin C)	> 60.0	mL/min/			* 14.3↓	* 14.4↓		* 19.1↓	
meGFR (Cystatin C/Creatinin-Harnstoff)	> 60.0	mL/min/			20.8↓	20.3↓		26.3↓	
Cystatin C im Serum	0.63 - 1.44	mg/l			3.48↑	3.46↑		2.87↑	
Harnsäure	3.0 - 7.0	mg/dl		11.6↑			12.3↑		9.8↑
Natrium	135 - 147	mmol/l		139	140	143	142	141	140
Kalium	3.5 - 5.1	mmol/l		4.03	4.33	4.30	3.97	4.13	4.41
Calcium	2.10 - 2.55	mmol/l		2.44		2.50	2.47	2.36	2.47
Calcium, korrigiert auf Albumin	2.10 - 2.55	mmol/l		2.54		2.50	2.67↑	2.46	2.55
Chlorid	95 - 109	mmol/l		97	97	99	100	101	104
Magnesium	0,66 - 1,07	mmol/l					0.83		0.81
Gesamteiweiß	6.4 - 8.3	g/dl		7.5			7.3		7.4
Albumin	2.9 - 4.8	g/dl		3.6	3.7	4.0	3.2	3.6	3.7
Immunglobulin G	751 - 1560	mg/dl				1770↑			
Immunglobulin A	82 - 453	mg/dl				430			
Immunglobulin M	46 - 304	mg/dl				58			
Ferritin	21.8 - 274.6	ng/ml		78.8					
löslicher IL2-Rezeptor sIL-2R	158 - 623	U/ml			593				

Störfaktoren										
Mat. hämolytisch										* +

Gerinnung									
Quick (TPZ)	70 - 110	%		98		>100		>100	>100
INR		Ratio		1.01		0.97		0.96	0.95
aPTT	20.0 - 36.0	sec		30.8		30.0		31.4	30.2
Fibrinogen	210 - 400	mg/dl		373					402↑
D-Dimere (Innovance)	< 0.8	mg/l FEU		* 0.47					

Hormone/Tumormarker									
β2-Mikroglobulin	0.8 - 2.34	mg/l			7.15↑				

Infektionsserologie									
Sars-CoV-2/Covid-19-PCR (Abstrich)	negativ			* negativ					
Cytomegalie IgG	< 6.0	U/ml						negativ	
Cytomegalie IgM	< 0.85	Index						negativ	
EBV-IgG NA-Ak (nuclear antigen) ALI	negativ							reaktiv	
EBV-IgM VCA-Ak (virus capsid antigen) ALI	negativ							negativ	
EBV-IgG VCA-Ak (virus capsid antigen) ALI	negativ							* reaktiv	

Elektrophorese									
Immundefizienz	negativ					negativ			