* Hausarzt:
* Neurologe:
* Versicherung:

**Diagnosen**

**Vordiagnosen**

* SARS-CoV-2-Impfung:
* Allergien:

**Anamnese/Vorgeschichte**

Siehe Epikrise

**Soziale Anamnese**

Familienstand: . Wohnen: . Versorgung: . Kinder: . Beruf: . Pflegegrad: . Ambulanter Pflegedienst: . Gesetzliche Betreuung: . Vorsorgevollmacht: . Patientenverfügung: . Reanimation/Intubation: . Intensivstation: . Kontaktdaten vo

**Suchtanamnese**

Rauchen: . Alkohol: . Illegale Drogen: .

**Vormedikation**

**Allgemein körperlicher Untersuchungsbefund:**

Pat. im normalen Allgemeinzustand. Kopf und Hals: äußerlich ohne Auffälligkeiten. Hals: palpatorisch und inspektorisch unauffällig. Lunge: bds seitengleiche vesikuläre Atemgeräusche. Cor: auskultatorisch unauffällig. Abdomen: weich, keine Abwehrspannung, kein Druck- oder Loslassschmerz; Darmgeräusche regelrecht vorhanden. Nierenlager: frei. Wirbelsäule: frei. Periphere Pulse: seitengleich tastbar. Keine peripheren Ödeme. Haut und sichtbare Schleimhäute: gut vaskularisiert. Keine äußeren Verletzungszeichen oder Zungenbiss.

• Vitalzeichen: im Normalbereich.

**Neurologischer Untersuchungsbefund:**

Befolgung von allen Aufforderungen. Kalotte: Kein Kalottenklopf-/-druckschmerz. HWS frei beweglich schmerzfrei. Kein Meningismus. Pupillen: rund, mittelweit, isokor, reagieren direkt und konsensuell auf Licht. Augenbewegung: normal. Kein Nystagmus. Gesichtsfeld: normal. Nervenaustrittspunkte: druckschmerzfrei. Gesicht: symmetrisch. Sprechen: keine Dysarthrie. Sprache: normal. Zungenstrecken: normal. Koordination: ungestört. Eudiadochokinese. Finger-Nase-Versuch: normal. Knie-Hacke-Versuch: normal. Muskeltonus: normal. Armhalteversuch: kein Absinken. Arm-Kraftgrad: rechts 5/5, links 5/5. Beinhalteversuch: kein Absinken. Bein-Kraftgrad: rechts 5/5, links 5/5. Reflexe: Bizepsreflex: normal. Patellarsehnenreflex: normal. Achillessehnenreflex: normal. Babinski-Zeichen: bds negativ. Sensibilität: seitengleich ungestört erhalten. Stand: sicher alleine möglich. Romberg-Stehversuch: sicher absolviert. Gang: sicher alleine möglich.

**Psychiatrischer Befund:**

Bewusstsein: wach. Orientierung: allseits orientiert. Pat. ist freundlich und kooperativ. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen: keine Auffälligkeiten. Formales Denken: geordnet, Störungen liegen nicht vor. Befürchtungen oder Zwänge: nicht explorierbar. Wahnsymptome: keine. Die Ich-Grenzen: insgesamt stabil. Die Stimmungslage: euthym. Affekte: schwingungsfähig und situativ adäquat. Antrieb und Psychomotorik: unauffällig. Es zeigt sich keine Tendenz zur Selbstbeschädigung oder Fremdgefährdung.

**Weiterführende Untersuchungen:**

**Labor**

Siehe Anlage

**EKG bei Aufnahme**

**Schädel-CT vom**

Schriftlicher Befund folgt

**CTA der hirnversorgenden Arterien vom**

Schriftlicher Befund folgt

**Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Arterien**

Schriftlicher Befund folgt

**Schädel-MRT vom**

Schriftlicher Befund folgt

**LZ-EKG**

Schriftlicher Befund folgt

**Transthorakale Echokardiographie vom**

Schriftlicher Befund folgt

**EEG**

Schriftlicher Befund folgt

**Epikrise**

Die notfallmäßige Vorstellung erfolgte mit dem Rettungsdienst. Die Patientin

Normalerweise könne die Patientin

Beim Rettungsdienst-Eintreffen

Der Blutdruck lag bei mmHg.

In der Notaufnahme gab die Patientin an, dass sie

Klinisch-neurologisch fanden wir in der Aufnahmesituation ein

Eine notfallmäßig durchgeführte Schädel-CT-Untersuchung erbrachte

Eine CT-Angiographie der hirnversorgenden Arterien erbrachte ein

Nach Auschluss von Kontraindikationen und nach dementsprechender Aufklärung führten wir eine Lysetherapie mit insgesamt XXX mg Actilyse komplikationslos durch.

Wir nahmen die Patientin auf unsere Stroke Unit auf und integrierten sie in das multimodale Therapiekonzept, bestehend aus Logopädie, Ergotherapie und Krankengymnastik. Die Vormedikation führten wir unverändert fort.

In der Duplexsonographie der extrakraniellen und intrakraniellen hirnversorgenden Arterien fanden sich keine hämodynamisch relevanten Stenosen.

Eine transthorakale Echokardiographie erbrachte keine Emobliequellen. Eine transösophageale Echokardiographie erbrachte ebenfalls keinen wegweisenden Befund.

Der Befund eines LZ-EKGs steht zum Entlassungszeitpunkt noch aus; wir werden nachberichten

Während des Monitorings auf der Stroke Unit fanden sich keine Hinweise auf rhythmogene Emboliequellen.

Die kardiale Diagnostik (TTE, LZ-EKG) erbrachte keine Emboliequellen.

Eine Schädel-MRT-Untersuchung erbrachte

In Zusammenschau der Anamnese und der Befunde gehen wir von ein XXX aus. Zur Sekundärprophylaxe empfiehlt sich nach aktueller Lage der Patientin die lebenslange Einnahme von ASS und einem Statin (LDL-Ziel: <70 mg/dl).

Wir beantragen eine Reha-Therapie, deren Genehmigung noch aussteht. Der Kostenträger wird sich bei der Patientin melden.

Es besteht bis auf Weiteres eine Fahruntauglichkeit. Wir klärten die Patientin darüber auf.

Am XXX.2022 wir die Patientin in ihr häusliches Umfeld entlassen.

Zum Entlassungszeitpunkt bestand klinisch-neurologisch ein

NIHSS bei Aufnahme: NIHSS bei Entlassung:

mRS bei Aufnahme: mRS bei Entlassung:

Verlauf in der ZNA:

* cCT: vidi AvD-Radiologie?

**Medikation bei Entlassung**

**Empfehlungen**