**Diagnosen**

* XXX

**Anamnese**

\*\*\*\*\* Stroke - Mann \*\*\*\*\*

Die notfallmäßige Vorstellung erfolgte mit dem Rettungsdienst.

Beim Eintreffen vom Rettungsdienst

In der Aufnahmesituation gab der Patient an, dass

Klinisch neurologisch fanden wir in der Aufnahmesituation

Eine notfallmäßig durchgeführte Schädel-CT-Untersuchung erbrachte

Wir nahmen den Patienten auf unsere Stroke Unit auf und integrierten ihn 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 Emboliequellen. Eine transösophageale Echokardiographie erbrachte ebenfalls keinen wegweisenden Befund.

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

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 rhythmogenen Emboliequellen.

Eine Schädel-MRT-Untersuchung erbrachte

In Zusammenschau der Anamnese und der Befunde gehen wir von XXX aus. Zur Sekundärprophylaxe empfiehlt sich nach aktueller Lage des Patienten 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 beim Patienten melden.

Am XX.XX.2022 konnten wir den Patienten in sein häusliches Umfeld entlassen.

Zum Entlassungszeitpunkt bestand klinisch neurologisch

NIHSS bei Aufnahme: NIHSS bei Entlassung:

mRS bei Aufnahme: mRS bei Entlassung:

\*\*\*\*\* Stroke - Frau \*\*\*\*\*

Die notfallmäßige Vorstellung erfolgte mit dem Rettungsdienst.

Beim Eintreffen vom Rettungsdienst

In der Aufnahmesituation gab die Patientin an, dass

Klinisch neurologisch fanden wir in der Aufnahmesituation

Eine notfallmäßig durchgeführte Schädel-CT-Untersuchung erbrachte

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 rhythmogenen 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 . 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.

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

Zum Entlassungszeitpunkt bestand klinisch neurologisch

NIHSS bei Aufnahme: NIHSS bei Entlassung:

mRS bei Aufnahme: mRS bei Entlassung:

\*\*\*\*\* Allgemeiner Brief – Mann: \*\*\*\*\*

Die notfallmäßige Vorstellung erfolgte mit dem Rettungsdiesnt.

Klinisch neurologisch fanden wir in der Aufnahmesituation ein

Eine notfallmäßig durchgeführte Schädel-CT-Untersuchung erbrachte

Wir nahmen den Patienten zur weiteren Beobachtung und Abklärung stationär auf.

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

Ein EEG zeigte keine epilepsie typische Potentiale.

Ein Schädel-MRT erbrachte XXX

In Zusammenschau der Anamnese und der Befunde gehen wir von ein

Am XX.XX.2022 konnten wir den Patienten in sein häusliches Umfeld entlassen.

Zum Entlassungszeitpunkt bestand klinisch neurologisch

\*\*\*\*\* Allgemeiner Brief – Frau \*\*\*\*\*

Die notfallmäßige Vorstellung erfolgte aufgrund von

Klinisch neurologisch fanden wir in der Aufnahmesituation ein

Eine notfallmäßig durchgeführte Schädel-CT-Untersuchung erbrachte

Wir nahmen die Patientin zur weiteren Beobachtung und Abklärung stationär auf.

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

Ein EEG zeigte keine epilepsie typische Potentiale.

Ein Schädel-MRT erbrachte XXX

In Zusammenschau der Anamnese und der Befunde gehen wir von ein

Am XX.XX.2022 konnten wir die Patientin in ihr häusliches Umfeld entlassen.

Zum Entlassungszeitpunkt bestand klinisch neurologisch

**Vormedikation**

* XXX

**Soziale Anamnese**

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

**Suchtanamnese**

Rauchen: . Alkohol: .

**Vordiagnosen**

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

**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.

**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. Keine Augenmuskelstörungen. Kein Nystagmus. Gesichtsfeld: normal. Nervenaustrittspunkte: druckschmerzfrei. Sprache: normal. Sprechen: Keine Dysarthrie. Gesicht: symmetrisch. Zungenstrecken: normal. Muskeltonus: normal. Armhalteversuch: kein Absinken. KG Arm rechts: 5/5. KG Arm links: 5/5. Beinhalteversuch: kein Absinken. KG Beine rechts: 5/5. KG Beine links: 5/5. Reflexe: Bizepsreflex: ++/++. Patellarsehnenreflex: ++/++. Achillessehnenreflex: ++/++. Babinski-Zeichen: bds negativ. Koordination: ungestört. Eudiadochokinese. Finger-Nase-Versuch: normal. Knie-Hacke-Versuch: normal. 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, folgt allen Aufforderungen. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen: keine Auffälligkeiten. Formales Denken: geordnet, Störungen liegen nicht vor. Befürchtungen oder Zwänge: nicht explorierbar. Wahnsymptome: keine. Sinnestäuschungen: treten nicht auf. 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.