

Muster-Arztbrief aus der Kardiologie

Thema: Vorhofflimmern mit Kardioversion, stationäre Behandlung

Achtung: dies ist ein fiktives Beispiel eines Arztbriefs. Für Richtigkeit, besonders der therapeutischen Angaben, keine Garantie. Falls Sie diesen Brief als Vorlage verwenden, passen Sie den Text bitte detailliert an Ihren jeweiligen Fall an.

Autor dieses Musterbriefes ist Dr. med. Achim Jatkowski

Erfahren Sie mehr über Arztbriefe auf <http://www.arztbriefschreiben.de>

Zentrum für Innere Medizin
Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. A. Muster

Klinikum-Großstadt, Hospitalstr. 1, Innere Medizin I, 01234 Großstadt

Frau

Dr. med. F. Musterfrau

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Marktplatz 10

12345 Musterstadt

Klinikum Großstadt
Hospitalstraße 1
01234 Großstadt
Telefon 0123 45 67 89
Telefax 0123 45 67 80

Bearbeiter/in: Sekr.
Großstadt, 11.08.2021

Endgültiger Entlassbrief

Frau W. Z. geb. 15.09.1957

Dorfstraße 11, 12345 Musterdorf

Stationäre Behandlung vom 01.08.–04.08.2021

Sehr geehrte Frau Kollegin Musterfrau,

wir berichten Ihnen über die stationäre Behandlung der oben genannten Patientin in unserer Klinik.

Diagnosen

1. Tachyarrhythmia absoluta bei persistierendem Vorhofflimmern
 - a. Klinik: Dyspnoe und thorakales Druckgefühl, EHRA 3 (Alltagsaktivitäten beeinträchtigt)
 - b. Primär erfolgreiche Elektrokardioversion am 02.08.2021
 - c. CHA₂DS-VAS₂C-Score 3 Punkte (Alter, Geschlecht, Hypertension)
2. Hypertensive Herzerkrankung mit guter linksventrikulärer Funktion (HFpEF)
3. Arterielle Hypertonie
4. Adipositas WHO Grad I (BMI 31,2 kg/m²)
5. Chronische Nierenerkrankung, Stadium G3a KDIGO (eGFR 51 ml/min)
6. Latente Hypothyreose
7. Hyperurikämie
8. Gestörte Glukosetoleranz (Prädiabetes)

ICD-10: I48.1, R07.3, E03.8, E79.0, R06.0, I50.11, Z03.4, I11.00, Z92.1, R73.0. **OPS:** 3-052, 3-993, 8-640.0, 8-933

Anamnese

Die Vorstellung erfolgt über die Notaufnahme auf hausärztliche Einweisung. Die Patientin berichtet, sie habe im Juni 2021 die Erstdiagnose eines Vorhofflimmerns erhalten. Damals sei es zur spontanen Rückkehr in den normalen Rhythmus gekommen. Nun habe sich in der EKG-Kontrolle beim Hausarzt erneut ein Vorhofflimmern gezeigt. Die Patientin klagt zudem über einen leichten Druck in der Brust seit mehreren Tagen sowie Kurzatmigkeit beim Treppensteigen und der Hausarbeit. Daher habe man die Vorstellung in der Notaufnahme veranlasst.

Im Übrigen berichtet sie, dass sie mit der neuen Blutdrucktherapie bei regelmäßigen Selbstmessungen systolische Blutdruckwerte zwischen 110 und 130 mmHg messe.

Letzte häusliche Medikation: Bisoprolol 2,5 mg 1-0-0; Amlodipin 5 mg 0-0-1; Candesartan 8 mg 1-0-0; Apixaban 5 mg 1-0-1

Körperliche Untersuchung

54-jährige Patientin in gutem Allgemein- und übergewichtigem Ernährungszustand (158 cm; 78 kg; BMI 31,2 kg/m²). Wach, ansprechbar, voll orientiert und differenziert. Atemfrequenz 14/min, Blutdruck 99/75mmHg, Sauerstoffsättigung 95%, Herzfrequenz: 116/min.

Herztöne arrhythmisch, soweit beurteilbar rein, kein Herzgeräusch. Vesikuläres Atemgeräusch beidseits, keine Nebengeräusche. Abdomen weich, kein Druckschmerz, normale und rege Darmgeräusche. Extremitäten: Keine Ödeme, normales Kolorit, Fußpulse seitengleich normal tastbar. Gang unauffällig, Stand sicher.

Befunde

EKG vom 01.08.2021

Tachyarrhythmia absoluta (TAA), Vorhofflimmern, 109/min, überdrehter Linkstyp, linksanteriorer Hemiblock, normale Überleitungsseiten, keine signifikanten Rückbildungsstörungen.

Transösophageale Echokardiographie mit elektrischer Konversion am 02.08.2021

Thrombenausschluss, Arteriosklerose Grad II, Mitralklappeninsuffizienz Grad I. Primär erfolgreiche elektrische Kardioversion.

Telemetrie

Initial TAA bei Vorhofflimmern, nach Dosiserhöhung des Betablockers Bradyarrhythmie und Vorhofflattern, nach Konversion bardykarder Sinusrhythmus um 55/min.

Laborwerte:

siehe Anhang

Therapie und Verlauf

Die notfallmäßige stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte aufgrund von symptomatischem, tachykardem Vorhofflimmern. Zunächst wurden per transösophagealer Echokardiografie Vorhofthromben ausgeschlossen. Anschließend in Kurz-narkose erfolgreiche elektrische Kardioversion in den Sinusrhythmus. In der Telemetrie und in den angeschlossenen EKGs zeigte sich ein durchgehender Sinusrhythmus. Die Patientin war zu jeder Zeit kardiopulmonal stabil.

Aufgrund des errechneten erhöhten Thrombembolierisikos (CHA₂DVAS₂C-Score 3 Punkte) empfehlen wir eine lebenslange Fortführung der oralen Antikoagulation.

Mit Frau Z. wurden die Möglichkeiten einer weiterführenden Therapie im Falle eines Rezidivs des Vorhofflimmerns besprochen (medikamentöse antiarrhythmische Therapie vs. Pulmonalvenenisolation).

Die Betablocker-Dosis wurde vor der Kardioversion erhöht; der anfangs niedrige Blutdruck (ca. 100 mmHg systolisch) war nach Kardioversion dennoch auf 115 mmHg gestiegen.

In den Spontan-Blutzuckermessungen zeigte sich eine gestörte Glukosetoleranz mit Messwerten bis 235 mg/dl. Bei der bereits bekannten Hyperurikämie und der latenten Hypothyreose ergaben sich keine neuen Aspekte: Eine Thyroxin-Substitution sollte nur mit Vorsicht begonnen werden, da dies zu erneutem Vorhofflimmern führen könnte; eine Harnsäure-Senkung ist nur im Fall von Gichtbeschwerden empfohlen.

In gutem Allgemeinbefinden wurde die Patientin am 04.08.2021 nach Hause entlassen.

Prozedere

- Falls Rezidiv des Vorhofflimmerns, bitte Wiedervorstellung zur weiteren Therapieplanung (erneute Kardioversion, medikamentöse Einstellung oder ggf. katheterinterventionelle Behandlung).
- Prüfung auf Dyslipidämie und Einstellung auch weiterer Risikofaktoren (Blutzucker-Kontrolle, Gewichtsreduktion), da ein kardiales Risikoprofil und Arteriosklerose vorliegen.
- Kontrolle von Herzfrequenz und Blutdruck unter jetzt erhöhter Betablocker-Dosis
- Lebenslange (orale) Antikoagulation

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. A. Muster
Chefarzt

Dr. med. B. Beispiel
Oberarzt

Dr. med. F. Flexüle
Assistenzarzt

Zentrum für Innere Medizin
Klinikum Großstadt

Privatsprechstunde: Mo./Do. n. Vereinbarung

Allgemein-internistische Sprechstunde: Di./Mi. n. Vereinbarung

Notfälle: Tel. 0123 45 67 00

Bettenmanagement für stationäre Aufnahmen:
Tel. 0123 45 67 01

Befundanfragen: Tel. 0123 45 67 02

Empfohlene Medikation

Wirkstoff	Handelsname	Einnahme		Bemerkung
Bisoprolol 2,5 mg	z.B. Concor	2-0-0	p.o.	erhöht
Amlodipin 5 mg	z.B. Amlodpin Hexal	0-0-1	p.o.	weitergeführt
Candesartan 8 mg	z.B. Candesartan-ratiopharm	1-0-0	p.o.	weitergeführt
Apixaban 5 mg	Eliquis	1-0-1	p.o.	weitergeführt

(Die aufgeführten Präparate beruhen auf hausinternen Arzneimittel-Listen und können durch wirkstoffgleiche Präparate ersetzt werden.)

Laborwerte

Messgröße	Referenzbereich	01.08.2021	03.08.2021
Leukozyten	4,0 - 11,0 G/l	8,2	7,5
Neutrophile	40,0 - 75,0 %	50	60
Lymphozyten	20,0 - 45,0 %	40	30
Monozyten	2,0 - 10,0 %	5,0	4,0
Eosinophile	1,0 - 6,0 %	2,0	3,0
Basophile	0,0 - 1,0 %	1,0	0,0
Erythrozyten	4,2 - 5,4 T/l	4,5	4,8
Hämoglobin	12,0 - 15,0 g/dl	12,5	12,0
Hämatokrit	40,7 - 50,3 %	45,1	42,8
MCV	80,0 - 100,0 fl	88,5	92
MCH	27,0 - 33,0 pg	30,3	28,5
MCHC	32,0 - 36,0 g/dl	34,2	33,8
Thrombozyten	150,0 - 450,0 G/l	300	250
Kreatinin	0,67 - 1,17 mg/dl	1,5	1,4
TSH	0,4 - 4,0 µIU/ml	2,2	2,3
Harnsäure	2,4 - 6,0 mg/dl	7,8	
GOT (AST)	5,0 - 34,0 U/l	20	25
GPT (ALT)	7,0 - 56,0 U/l	30	40
Gesamtbilirubin	0,2 - 1,2 mg/dl	0,8	1,0
Nüchtern glukose	70,0 - 99,0 mg/dl	117	
Quick	70,0 - 120,0 %	100	95
INR	0,8 - 1,2	1	1,1
CRP	0,0 - 0,5 mg/dl	0,3	0,2

Troponin T	0,0 - 0,1 ng/ml	0,02	
Calcium	2,2 - 2,6 mmol/l	2,21	
Natrium	135 - 145 mmol/l	140	
Kalium	3,5 - 5,0 mmol/l	3,9	4,1
Magnesium	1,7 - 2,4 mmol/l	1,8	

Wichtiger Hinweis

Dies ist *kein* echter Arztbrief, sondern es handelt sich um einen Muster-Arztbrief für Lernzwecke. Namen, Daten, Orte und Ereignisse sind frei erfunden. Ähnlichkeiten mit echten Personen oder Ereignissen sind zufällig und nicht beabsichtigt. Die dargestellten medizinischen Informationen wurden so gewählt, dass sie plausibel erscheinen – eine Gewähr für ihre Richtigkeit wird aber nicht übernommen.

Näheres auf <http://www.arztbriefschreiben.de>