

Endoskopie

Datum 20.12.1989 gg

Arzt/Klinik: Prof. Ammann

Koloskopie

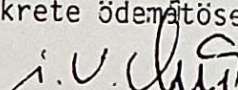
Indikation: Rezidivierende Kolitisschübe. Frage nach Art und Ausdehnung der Kolitis. Blutungen im November 1989, jetzt spontane Besserung-.

Untersuchung:

Das Koloskop wird bis ins Zökum eingeführt, von da durch die Ileozökalklappe ins terminale Ileum. Die Schleimhaut im terminalen Ileum ist absolut normal und die Ileozökalklappe unauffällig. Im Kolon normale Schleimhautverhältnisse bis ins obere Rektum ohne Zeichen einer floriden oder durchgemachten Entzündung. Im mittleren und distalen Rektum, d.h. auf einer Länge von ca. 10 cm ist die Schleimhaut ödematös und stellenweise auch etwas hämorrhagisch durchsetzt. Keine Erosionen oder Ulzerationen. Biopsien aus diesem Bereich.

Beurteilung:

Diskrete ödematöse hämorrhagische Proktitis.


PD Dr. J. Altorfer, LA
(diktiert und abgereist)

Institut für Pathologie
der Universität Zürich

Universitätsspital

Päthopathologische Abteilung

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: 01/255 25 16

B89.42051

Eingang: 21.12.1989 wae/hs

Ausgang: 22.12.1989 wae/hs

PD Dr.med. J. Altorfer
Med. Poloklinik
Endoskopie
U S Z

Patient: L O O S L Ì Tina, 17.8.1973 / 16j.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Schwere chronische Proctitis

Klinik:

Endoskopie: Diskrete ödematöse, hämorrhagische Proctitis

Eingesandt:

Biopsie aus distalem Rectum

Makro:

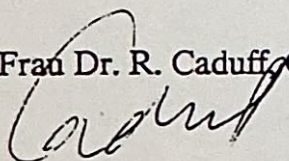
Gewebefragmente von max. 5 mm Länge und ca. 1 mm Durchmesser, weiss. Gesamtes Material eingebettet.

Mikro:

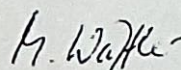
Mehrere Stücke aus Dickdarmschleimhaut mit intaktem Kryptenbild und herdförmig desquamiertem Oberflächenepithel. Das Stroma zeigt ein sehr dichtes plasmazelluläres Infiltrat und stellenweise Lymphfollikel. Es finden sich keine Hinweise auf Ulcera oder Granulome.

CC: Prof. Amman, Med. Pol., USZ

vis. Frau Dr. R. Caduff, OA



Frau Dr. M. Wäffler



Endoskopie

Datum: 20.12.1989 gg

Arzt/Klinik: Prof. Ammann

Koloskopie

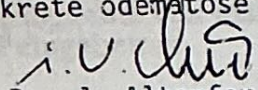
Indikation: Rezidivierende Kolitisschübe. Frage nach Art und Ausdehnung der Kolitis. Blutungen im November 1989, jetzt spontane Besserung-.

Untersuchung:

Das Koloskop wird bis ins Zökum eingeführt, von da durch die Ileozökalklappe ins terminale Ileum. Die Schleimhaut im terminalen Ileum ist absolut normal und die Ileozökalklappe unauffällig. Im Kolon normale Schleimhautverhältnisse bis ins obere Rektum ohne Zeichen einer floriden oder durchgemachten Entzündung. Im mittleren und distalen Rektum, d.h. auf einer Länge von ca. 10 cm ist die Schleimhaut ödematös und stellenweise auch etwas hämorrhagisch durchsetzt. Keine Erosionen oder Ulzerationen. Biopsien aus diesem Bereich.

Beurteilung:

Diskrete ödematöse hämorrhagische Proktitis.


PD Dr. J. Altorfer, LA
(diktiert und abgereist)

Institut für Pathologie
der Universität Zürich

Universitätsspital

Päthopathologische Abteilung

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: 01/255 25 16

B89.42051

Eingang: 21.12.1989 wac/hs

Ausgang: 22.12.1989 wac/hs

PD Dr.med. J. Altorfer
Med. Poloklinik
Endoskopie
U S Z

Patient: L O O S L I Tina, 17.8.1973 / 16j.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Schwere chronische Proctitis

Klinik:

Endoskopie: Diskrete ödematöse, hämorrhagische Proctitis

Eingesandt:

Biopsie aus distalem Rectum

Makro:

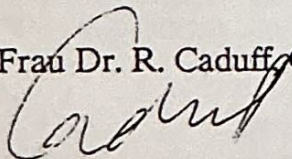
Gewebefragmente von max. 5 mm Länge und ca. 1 mm Durchmesser, weiss. Gesamtes Material eingebettet.

Mikro:

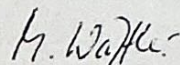
Mehrere Stücke aus Dickdarmschleimhaut mit intaktem Kryptenbild und herdförmig desquamiertem Oberflächenepithel. Das Stroma zeigt ein sehr dichtes plasmazelluläres Infiltrat und stellenweise Lymphfollikel. Es finden sich keine Hinweise auf Ulcera oder Granulome.

CC: Prof. Amman, Med. Pol., USZ

vis. Frau Dr. R. Caduff, OA



Frau Dr. M. Wäffler



Endoskopie

Datum: 18.12.1990 gg

Arzt/Klinik: Prof, Ammann

Rektosigmoidoskopie

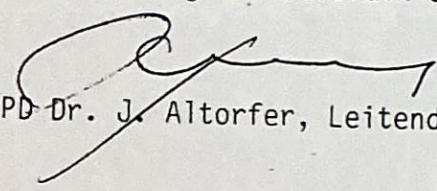
Indikation: Bekannte hämorrhagische ödematöse distale Kolitis. Unter Salofalk-Supp. initial Besserung, jetzt seit einigen Tagen Blutauflagerungen auf normal geformeten Stuhl.

Untersuchung:

Das Endoskop wird bis in den Uebergang Deszendens/Sigma eingeführt. In den distalen Sigmaabschnitten etwas vermehrte vaskuläre Zeichnung, sonst kein pathologischer Befund. Im distalen Rektum ca. bis 5 cm proximal des Analkanals findet sich eine hämorrhagisch ödematöse Schleimhaut. Das mittlere und proximale Rektum ist wieder unauffällig. Keine Ulzerationen oder Erosionen.

Beurteilung:

Ganz distal betonte hämorrhagisch-ödematöse Proktitis.
Nebenwirkung auf Salofalk-Supp?


PD-Dr. J. Altorfer, Leitender Arzt

Endoskopie

Datum: 18.12.1990 gg

Arzt/Klinik: Prof, Ammann

Rektosigmoidoskopie

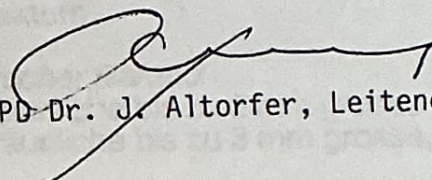
Indikation: Bekannte hämorrhagische ödematöse distale Kolitis. Unter Salofalk-Supp. initial Besserung, jetzt seit einigen Tagen Blutauflagerungen auf normal geformeten Stuhl.

Untersuchung:

Das Endoskop wird bis in den Uebergang Deszendens/Sigma eingeführt. In den distalen Sigmaabschnitten etwas vermehrte vaskuläre Zeichnung, sonst kein pathologischer Befund. Im distalen Rektum ca. bis 5 cm proximal des Analkanals findet sich eine hämorrhagisch ödematöse Schleimhaut. Das mittlere und proximale Rektum ist wieder unauffällig. Keine Ulzerationen oder Erosionen.

Beurteilung:

Ganz distal betonte hämorrhagisch-ödematöse Proktitis.
Nebenwirkung auf Salofalk-Supp?


PD-Dr. J. Altorfer, Leitender Arzt

Biopsie

Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich

01 255 25 11

Medizin. Poliklinik
USZ

Prof. Dr. med. R. Ammann

8091 Zürich

LOOSLIE TINA, geb. 17.08.1973/17j,

Proben-Nr. B90.30105-30106

Eingang: 18.12.90

Ausgang: 19.12.90 (SSO)

Diagnose

30105: Histologisch unauffällige Kolonmukosa.

30106: Schwere granulierende, chronische Kolitis.

Klinische Angaben

Endoskopie: hämorrhagische Kolitis im Rektum.

Angaben zur Probe

1. Biopsie Sigma

2. Biopsie Rektum

Makroskopischer Befund

30105: 3 bräunliche bis zu 2 mm grosse Schleimhautfragmente.

30106: 7 bräunliche bis zu 3 mm grosse, glänzende Schleimhautgewebstücke.

BSA/hne

Mikroskopischer Befund

Die separat verarbeiteten Proben zeigen einen ausgeprägt entzündlichen Befall in einigen Fragmenten unter 30106 (Rektum). Auch in dieser Portion sind indessen einige Mukosafragmente unauffällig. In den befallenen Abschnitten findet man eine dichte lymphozytäre Infiltration im Interstitium zwischen den etwas unregelmässigen Krypten. Hier kommt es auch zu Mikro-ulzerationen und vereinzelt Kryptenabszessen. Die proximalen Biopsien zeigen normale Kolonmukosa.

Kommentar

Es handelt sich um eine distale, schwere, granulierende Kolitis, welche an eine distale Kolitis ulcerosa denken lässt, indessen auch unspezifisch sein kann.

= 119.45



Departement für Innere Medizin

UNIVERSITÄTSSPITAL
ZÜRICH

Abteilung Gastroenterologie

Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich
Telefon: 01-255 11 11
Sekretariat: 01-255 24 20
Anmeldung ambulant: 01-255 27 78
Anmeldung stationär: 01-255 22 38
Telefax: 01-255 43 03

Herrn
Prof. Dr. med. R. Ammann

REKTOSIGMOIDOSKOPIE v. 2.9.91

LOOSLI Tina, 1973

Indikation:

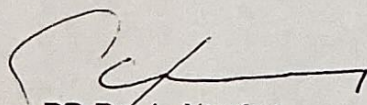
Status nach Proktokolitis. Bei der letzten Kontrolle im Dez. 1990 nur noch leicht oedematöse Proktosigmoiditis. Seither weiterhin Therapie mit einem Salofalk Supp. abends. Zur Zeit beschwerdefrei.

Untersuchung:

Das Koloskop wird bis an den Uebergang Colon descendens/ Sigma eingeführt. Im gesamten Sigma und Rektum normale unauffällige Schleimhaut. Biopsien aus dem Rektum mit der Frage nach mikroskopischer Entzündung. Unauffälliger Analkanal.

Beurteilung:

Normale Rektosigmoidoskopie. Zur Zeit keine Hinweise für eine Entzündung (Biopsien). Keine Residuen.



PD Dr. J. Altorfer
Leitender Arzt

Biopsie

Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich

01 255 25 11

Medizinische Poliklinik
Gastroenterologie

Prof.Dr.med.R. Ammann

8091 Zürich

LOOSLI TINA, geb. 17.08.1973/18j

Proben-Nr.B91.18990

Eingang: 02.09.91

Ausgang: 04.09.91 (HBU)

Diagnose

Leichte chronische, unspezifische Colitis mit herdförmiger Fibrose und Atrophie.

Klinische Angaben

Status nach ulceröser Proctitis. Zur Zeit endoskopisch normal.

Angaben zur Probe


1.Biopsie

Makroskopischer Befund

Vier max. 2mm grosse fetzige hellbraune Gewebsexzisate.

DAS/ebe

Dr.med. Hans-R. Burger
Oberarzt



Original

Medizin.Polikl.Endosk.USZ, PD Dr.med. J. Altorfer

Kopie

Medizinische Poliklinik, Prof.Dr.med. R. Ammann

DR. MED. GEORG BANSKY
Spezialarzt FMH für Innere Medizin
spez. Magen-Darmkrankheiten

Merkurstrasse 20
8032 Zürich
Telefon 01-251 47 27
Telefax 01-251 40 08

Frau
Dr. med. Eva Sturzenegger
Zypressenstrasse 50
8004 Zürich

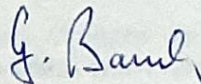
Zürich, 03.09.97/mj

Lossli Tina, geb. 17.08.1973, Agnesstr. 1, 8004 Zürich

Sehr geehrte Frau Kollegin

Besten Dank für die freundliche Zuweisung der obgenannten Patientin, bei der ich am 26.08.1997 die Sigmoidoskopie durchgeführt habe. Auf Wunsch der Patientin habe ich den Endoskopiebericht mit Beurteilung auf Englisch verfasst und diesen Brief lege ich Ihnen bei. Im wesentlichen fanden sich reizlose Schleimhautverhältnisse im linken Hemicolon bei erstmals 1989 diagnostizierten hämorrhagischen Proktitis. Diese ist laut Anamnese seit 3 Jahren inaktiv. Eine 5-ASA Prophylaxe wird nicht betrieben.

Mit besten Dank für die Zuweisung grüsse ich Sie freundlich



Dr. med. G. Banský

Beilagen: Englischer Bericht, Histologie, Endoskopiebilder

Kopie: Frau Dr. Marianne Bigler Anit, Innere Medizin FMH, Konkordiastr 12, 8032 Zürich

Dr. med. George Banský
Innere Medizin FMH
Spez. Gastroenterologie

Merkurstrasse 20
CH-8032 Zürich
Tel: 01-251 47 27
Fax: 01-251 40 08

Zürich, September 1, 1997

Medical report

Loosli Tina, 17.08.1973, Agnestr. 1, 8004 Zürich

Diagnosis

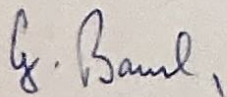
- Hemorrhagic proctitis in remission

Past medical history: In 1989 the patient was investigated at the University Hospital, Zürich, because of diarrhea with bloody discharge. The work-up revealed a hemorrhagic proctitis. A treatment with mesalamine suppositories and later on with enemas was initiated with a good response. Since three years the patient is in full remission without any prophylactic treatment. Ms. Loosli smokes irregularly.

Sigmoidoscopy on 26.08.97: Anal region without any skin changes or fistulae. Normal rectal palpation. The Olympus videoendoscope was introduced up to the distal transverse colon, just beyond the splenic flexure. In the whole left hemicolon the mucosa has a normal appearance without any inflammatory changes. In the rectum there is no evidence of an inflammatory bowel disease. The vascular pattern of the submucosa is all over well visible.

Histology: The biopsies taken from the rectum and sigmoid colon showed a discrete hyperemia and some lymphocytic infiltrates. There was no active inflammation, distortion of the mucosal architecture or dysplasia.

Impression: There is no clinical, endoscopic or histologic activity of the previously diagnosed idiopathic proctitis. The patient has been in remission since three years without need of mesalamine prophylaxis. Taking into consideration the previous course and the limited extent of the inflammatory bowel disease, the prognosis is excellent and an exacerbation of the proctitis appears to be rather unlikely.



Dr. med. George Banský



B

Forchstrasse 291
8029 Zürich
Telefon 382 19 00
Telefax 382 19 09

Herrn
Dr. med. Georg Banský
Merkurstr. 20

8032 Zürich

Probe-Nr.: H09205-97 YV/MA
Datum: 27.08.97

LOOSLI TINA geb. 17.08.73

Lieber Georg,

wir danken für die Uebersendung von Probematerial des oben genannten Patienten.

Klinische Angaben

Anamnestisch bekannte hämorrhagische Proktitis. Klinisch und endoskopisch inaktiv. Histologischer Befund? Entzündungsintensität?

Makroskopie

1. Sigma: Zwei kleine, grau-bräunliche, weiche Biopsien.
2. Rektum: Zwei stecknadelkopfgrosse, hellbraune, weiche Biopsien.

Mikroskopie

1. Partikel der Kolonmukosa mit normaler Feinstruktur. Im Schleimhautstroma eine Hyperämie und eine leichte diffuse entzündliche Zellvermehrung. Kleine lymphozytäre Zellnester. Keine entzündliche Aktivität. Keine Epitheldysplasie.
2. Rektummukosa mit ähnlichem Befund (siehe oben bei Nummer 1).

Diagnose

1-2. Schleimhautbiopsien vom Colon sigmoideum und vom Rektum mit leichter chronischer unspezifischer inaktiver Entzündung.

Prof. Dr. med. M. Makek



Gastroenterologie-Zentrum

Hirslanden Zürich

Herr
Dr. med. Mark Radzyner
Innere Medizin FMH
Witellikerstrasse 19
8008 Zürich

Prof. Dr. med. J. Altorfer
Dr. med. A. Müller-Erpenbeck
PD Dr. med. R. Münch

Zürich, 31. August 1999/LB

Frau LOOSLI Tina, 17.08.73, Wasserwerkstrasse 20, 8006 Zürich

Lieber Mark

Ich danke Dir für die Zuweisung von Frau Loosli zur **linksseitigen Koloskopie**.

Indikation:

Seit Jahren bekannte Proctitis ulcerosa. Seit Frühjahr 99 wieder Schub, der auf verschiedene Behandlungen mit Suppositorien und Klysmen nicht angesprochen hat. Frage nach Ausdehnung.

Befund vom 31.08.99:

Das Koloskop wird bis zur linken Flexur eingeführt. Die Mucosa im Colon descendens und Sigma ist vollständig intakt. Im mittleren und vor allem distalen Rektum findet sich eine hämorrhagische, ödematöse Entzündung, ohne makroskopisch sichtbare Ulzerationen. Die Entzündung zeigt eine Ausdehnung von etwa 10cm bis zum Analkanal. Der Analkanal selbst ist unauffällig.

Beurteilung:

Hämorrhagisch/ödematöse Proctitis. Biopsien.

Da die Patientin bisher auf 5-ASA-Präparate nicht angesprochen hat, empfehle ich eine lokale Behandlung mit Entocort Klysmen als Induktionstherapie für ca. 3 Wochen, täglich ein Klysma abends, dann eine Nachbehandlung mit einem 5-ASA-Präparat, ebenfalls in Form von Klysmen für nochmals 2-3 Wochen.

Ich danke Dir für die Zuweisung und grüsse Dich herzlich

Prof. Dr. med. J. Altorfer

Beilage:

Fotodokumentation



Pathologie-Institut für bioptische Diagnostik
Prof. Dr. med. M. Makek

Forchstrasse 291
8029 Zürich
Telefon 382 19 00
Telefax 382 19 09

Herrn
Dr. med. Mark Radzyner
Witellikerstrasse 19

8008 Zürich

Probe-Nr.: H09286-99 BR/BU
Datum: 01.09.99
Original: Prof. Dr. med. Josef Altorfer

LOOSLI TINA geb. 17.08.73

Frühere Befunde H09205-97

Lieber Josef,

wir danken für die Uebersendung von Probematerial des oben genannten Patienten.

Klinische Angaben

Bekannte Proctitis ulcerosa. Aktivität? Biopsien Rektum.

Makroskopie

Zwei grau-weiße, kleine Biopsien.

Mikroskopie

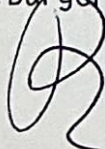
Es zeigt sich eine entzündlich veränderte Rektumschleimhaut. Die Kryptenarchitektur ist nur geringgradig gestört. Es zeigt sich auch eine Hyperplasie des lymphatischen Gewebes. Die Oberflächen sind zum Teil erodiert. Es sind keine Granulome nachweisbar. Keine Dysplasien erkennbar.

Diagnose

Rektumschleimhaut mit einer ausgeprägten, chronischen, mässig aktiven Entzündung, Erosionen und Epithelregeneraten.

Vis.: Prof. Dr. med. M. Makek

Dr. med. H. Burger

H. 

Systolikum Punctum maximum über Erb, keine Strömungsgeräusche, periphere Pulse symmetrisch palpabel, keine Insuffizienzzeichen;
 • Pulmonal: Eupnoe, sonorer Klopfeschall, normales Atemgeräusch über allen Lungenfeldern, keine Nebengeräusche;
 • Abdominal: Abdomen weich, Druckdolenz im linken Unterbauch, Loslassschmerz,



Spital Zollikerberg
 Ihr Schwerpunktsital im Grünen

Innere Medizin
 Trichtenhauserstrasse 20
 8125 Zollikerberg
 Tel 01 397 21 11
 Tel 01 397 26 88

www.spitalzollikerberg.ch
 info@spitalzollikerberg.ch

Re

Herr
 Dr. med. Mark Radzyner
 FMH Innere Medizin
 Witellikerstrasse 19
 8008 Zürich

12.09.03 / sm

Definitiver Austrittsbericht

Loosli Tina, 17.08.1973, Bächlistr. 326, 8426 Lufingen

Sehr geehrter Herr Dr. Radzyner

Besten Dank für die freundliche Zuweisung der obengenannten Patientin, welche vom 28.08.03 bis 09.09.03 bei uns hospitalisiert war.

Diagnosen:

1. Colitis ulcerosa
 - akuter Schub mit blutiger Diarrhoe
2. Leichte normochrome, normozytäre Anämie
 - Hb 11g/dl
 - Blutungsbedingt

Anamnese

Colitis ulcerosa, seit 1986 bekannt. Tonsillektomie als Kind.

Jetziges Leiden

Die Patientin litt seit 2 Wochen unter starkem, zum Teil blutigem Durchfall. Sie hatte in dieser Zeit 3 kg Gewicht verloren, fühlte sich zunehmend schwach und hatte linksseitige Unterbauchschmerzen und intermittierend Fieber. Die Betreuungssituation zu Hause wurde zunehmend schwieriger, weshalb sie sich zusammen mit ihrer Mutter auf den Notfall begab.

Medikamente bei Eintritt

			mo	mi	ab	na
Salofalk	500mg	Filmtab	1	1	1	0

Status bei Eintritt

30-jährige Patientin in reduziertem AZ, schlankem EZ (49 kg, 163 cm, BMI 18.5),

Systolikum Punctum maximum über Erb, keine Strömungsgeräusche, periphere Pulse symmetrisch palpabel, keine Insuffizienzzeichen;
• Pulmonal: Eupnoe, sonorer Klopfeschall, normales Atemgeräusch über allen Lungenfeldern, keine Nebengeräusche;
• Abdominal: Abdomen weich, Druckdolenz im linken Unterbauch, Loslassschmerz,



Spital Zollikerberg

Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Innere Medizin

Trichtenhauserstrasse 20

8125 Zollikerberg

Tel 01 397 21 11

Tel 01 397 26 88

www.spitalzollikerberg.ch

info@spitalzollikerberg.ch

Re

Herr
Dr. med. Mark Radzyner
FMH Innere Medizin
Witellikerstrasse 19
8008 Zürich

12.09.03 / sm

Definitiver Austrittsbericht

Loosli Tina, 17.08.1973, Bächlistr. 326, 8426 Lufingen

Sehr geehrter Herr Dr. Radzyner

Besten Dank für die freundliche Zuweisung der obengenannten Patientin, welche vom 28.08.03 bis 09.09.03 bei uns hospitalisiert war.

Diagnosen:

1. Colitis ulcerosa
 - akuter Schub mit blutiger Diarrhoe
2. Leichte normochrome, normozytäre Anämie
 - Hb 11g/dl
 - Blutungsbedingt

Anamnese

Colitis ulcerosa, seit 1986 bekannt. Tonsillektomie als Kind.

Jetziges Leiden

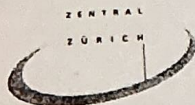
Die Patientin litt seit 2 Wochen unter starkem, zum Teil blutigem Durchfall. Sie hatte in dieser Zeit 3 kg Gewicht verloren, fühlte sich zunehmend schwach und hatte linksseitige Unterbauchschmerzen und intermittierend Fieber. Die Betreuungssituation zu Hause wurde zunehmend schwieriger, weshalb sie sich zusammen mit ihrer Mutter auf den Notfall begab.

Medikamente bei Eintritt

			mo	mi	ab	na
Salofalk	500mg	Filmtab	1	1	1	0

Status bei Eintritt

30-jährige Patientin in reduziertem AZ, schlankem EZ (49 kg, 163 cm, BMI 18.5),



Forchstr 361
8008 Zürich

Tel. 01 / 386 45 45
Fax 01 / 386 45 55

Ableitung Zollikerberg M4-2
Trichtenhauserstrasse 24
8125
Zollikerberg

LOOSLI TINA 17.08.1973 (F) 06312897 - 00221435

Befund Nr	6047-08.09.03	6062-03.09.03	8064-31.08.03	8026-28.08.03	6137-28.08.03
Entnahme	08.09.03 07:50	03.09.03	31.08.03 14:00	28.08.03 10:00	28.08.03 09:40
** HÄMATOLOGIE **					
Hämoglobin (12.0-16.0)	g/dl *9.8	*11.2	*11.0	*11.0	
Hämatokrit (38-46)	% *30	*34	*33	*32	
Erythrozyten (4.0-5.0)	10E12/l *3.2	*3.7	*3.5	*3.5	
MCV (83-100)	f 93	92	93	91	
MCV (27-33)	pg 30	30	32	31	
MCH (31-35)	g/dl 33	33	34	34	
MCHC (37-54)	f 48	45			
RDW (150-400)	10E9/l *532	*616	*553	*499	
Thrombozyten (4.00-10.00)	10E9/l *19.78	8.16	8.20	*11.00	
Leukozyten (1.0-15.0)	%		11.5	8.9	
Mixed (Mono, Eo, Baso) (40.0-75.0)	%	63.8	63.9	*75.6	
Neutrophile (3.0-16.0)	% *20.0				
Stabkernige Neutrophile (42.0-80.0)	% *38.0				
Segmentkernige Neutrophile (<5.0)	% 3.0	4.2			
Eosinophile (<1.0)	% 0.5	0.5			
Basophile (<12.0)	% 5.5	6.0			
Monozyten (20.0-48.0)	% 24.5	25.5	24.6	*15.5	
Lymphozyten	% 1.0				
Plasmazellen	% 7.0				
Myelozyten	% 0.5				
Metamyelozyten		1)			*54
Morphologie	mm ³				
Blutsenkung (<11)					
** GERINNUNG **					
Quick (70-100)	%		>100	>100	
INR			<1.00	<1.00	
** KLINISCHE CHEMIE **					
Kalium (3.5-5.0)	mmol/l 3.8	3.8	*3.3	*3.3	
ALAT (GPT) (10-35)	U/l 14		14	<10	
Alkalische Phosphatase (35-104)	U/l 95		95	*119	
Kreatinin (60-115)	μmol/l 59		59	66	
Glucose (3.1-6.1)	mmol/l 6.0		6.0	*8.8	
CRP (<5.0)	mg/l *5.4	*30.4	*52.7	*95.9	
** URIN - ANALYSEN **					
Urinstatus				klar	
Trübung				negativ	
Leukozyten				negativ	
Nitrit				normal	
Urobilinogen (μmol/l)					

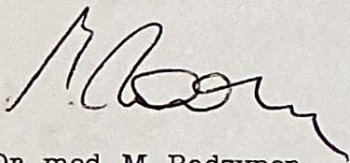
Frau
Loosli Tina
Bächlstr. 326
8426 Lufingen

Zürich, 15. Dezember 2003

Ärztliches Zeugnis

Frau Loosli Tina, 17.08.1973, Bächlistr. 326, 8426 Lufingen

Hiermit bestätige ich, dass meine oben genannte Patientin, die ich wegen eines chronischen Leidens mit Neigung zu akuten Schüben behandle und betreue, aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, eine Servicestelle im Gastgewerbe mit wiederkehrenden, intensiven Belastungsphasen (wie z.B. hektischer Mittagsservice im Restaurant) anzutreten. Regelmässige Belastungen dieser Art gehen mit einem erheblichen Risiko der Verschlechterung ihres Grundleidens einher.



Dr. med. M. Radzyner

Institut für Pathologie
Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
www.ksw.ch

Dr. med. Renata Flury
Chefärztin

Sekretariat
Tel. direkt 052 266 25 04
Tel. Zentrale 052 266 21 21
Fax direkt 052 266 45 07
E-Mail: pathologie@ksw.ch

Herr
Dr. med. Stephan Albert
Innere Medizin FMH
Unterer Graben 23/25
CH 8400 Winterthur

Referenz:
Eingang: 28.06.2004/jgf/rse
Ausgang: 28.06.2004/FLU/hwa
Datum: 28. Juni 2004
Original an: Herr Dr. med. Stephan Albert
Kopie an:

Patient **Loosli Tina, geb. 17.08.1973 / (477163)**

BW 11567.04

Klinik Colitis ulcerosa mit langer Laufzeit (17 Jahre).
Uizeröse, entzündliche pseudopolypöse Veränderungen (DALM?). Pankoiitis?

Material

1. Terminales Ileum (reizlos).
2. Ulzera im Colon ascendens.
3. Polypöse Veränderungen (DALM?).

Makroskopie

1. Eine Biopsien, Lupenbild 0.
2. Zwei Biopsien.
3. Acht Biopsien.

Diagnose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ileumschleimhautbiopsien mit reichlich lymphatischem Gewebe der Peyer-Plaques, ohne fassbare pathologische Veränderungen. 2. Kolonschleimhautbiopsien mit zur Zeit leicht aktiver Kolitis mit leichten Zeichen einer Chronizität, ohne Dysplasie. 3. Kolonschleimhautbiopsien mit leicht bis mässig aktiver Kolitis mit Kryptitis und Zeichen einer Chronizität, ohne Dysplasie.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommentar 1.-3.: Die entzündlichen Veränderungen im Kolon sind gut vereinbar mit einer Colitis ulcerosa. Bei 17-jähriger Anamnese sind die Zeichen der Chronizität verhältnismässig gering ausgebildet (wahrscheinlich eher wenige Schübe). In der letzten Fraktion einzelne wenige polypoide Schleimhautteile, ohne Dysplasie, ohne Hinweis für DALM.

Dr. med. R. Flury

Dr. med. Stephan Albert
FMH Innere Medizin, FMH Gastroenterologie
Unterer Graben 23/25
8400 Winterthur

Telefon: 052 203 30 90
Telefax: 052 213 35 82
E-Mail: salbert@hin.ch

EAN-Nummer: 7601000239280

Frau
Tina Loosli
Schlosstalstr. 60
CH 8406 Winterthur

Winterthur, 28. Juni 2004/RT

Betrifft: Loosli Tina, Schlosstalstr. 60, 8406 Winterthur
Geb.Datum 17.08.1973, Tel. P: 052 534 63 15

Ano-Proctoskopie und Koloskopie vom 23.6.2004

- Indikation:** Seit 17 Jahren bekannte Kolitis ulcerosa, die immer mit Salofalk behandelt wurde. Letzte Kolo vor 8 Jahren in der Klinik Hirslanden (Professor Altdorfer). Die Salofalktherapie wurde unregelmässig eingenommen. Vor einem Jahr schwerer anhaltender Schub mit Durchfällen. Am 8. Juni hat die Patientin einen Job in der Banana City angenommen, es sind wieder erneut Durchfälle mit Blutungen aufgetreten. Seit ca. 1 Woche 7 Entleerungen pro Tag, flüssig mit zum Teil Blutbeimengungen. Keine nächtlichen Durchfälle. Wenig Krämpfe im mittleren Unterbauch. Aktuell konstantes Gewicht. Kein Fieber. Seit drei Tagen wieder Salofalk 500 mg 2 g täglich.
- Analinspektion:** Reizlose Analhaut.
- Rektalpalpation:** Normaler Sphinktertonus, keine Resistenzen palpabel.
- Befund:** Problemloses Vorschieben des Instrumentes bis ins Zoekum. Intubation der Ileozoekalklappe, wobei die ersten 15 cm des terminalen Ileums eingesehen werden können. Das terminale Ileum zeigt sich reizfrei und unauffällig. Bereits im Zoekum finden sich vereinzelte pustulöse Veränderungen, die gegen distal zunehmen. Ab den ersten drittel des Kolon transversum zeigt sich insgesamt eine kontinuierliche Rötung der Schleimhaut und es finden sich polypöse entzündliche Veränderungen, gegen distal zunehmend. Die pseudopolypösen entzündlichen Veränderungen sowie die Schleimhautrötungen mit Ulzerationen sind gegen distal verstärkt und enden kurz vor der Anoktanlinie.
- Diagnose:** Ausgeprägte Pseudopolypöse sowie entzündliche Veränderungen im gesamten Kolon. Pankolitis bei bekannter Kolitis ulcerosa.
- Vorgeschlagenes
Procedere:** Therapieversuch mit Prednison 40 mg und Salofalk 3 g täglich. Ev. Therapieexazerbation mit Immunsuppressiva. Langfristig wahrscheinlich Proktokolektomie.
- ::



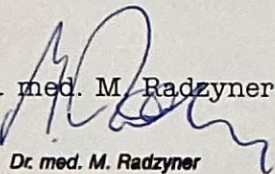
Zürich, 09. Dezember 2004

Ärztliches Zeugnis

Frau Loosli Tina, *17.08.1973, Schlosstalstrasse 60, 8406 Winterthur

Meine oben genannte Patientin leidet unter einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung, deren Verlauf sich seit zwei Jahren deutlich verschlechtert hat, was seither erstmals einen Spitalaufenthalt und eine erhebliche Intensivierung der medikamentösen Behandlung bedingte. Da äussere Einflüsse aus Alltag und Berufsleben bei diesem Krankheitsbild eine ganz wesentliche Bedeutung haben, befürworte ich in der aktuellen Situation aus ärztlicher Sicht die privaten Erholungskur, die Frau Loosli für sich vom 27. Dezember 2004 bis 21. Januar 2005 organisiert hat, sehr und halte sie für medizinisch angezeigt.

Dr. med. M. Radzyner


Dr. med. M. Radzyner
Zürich

Willy Wellenzohn
ärztl. dipl. Masseur
Haberholzstr. 14
8155 Nassenwil

Beratungen
Ernährung
Orthomolekular
Isopathie

Betrifft: Frau Tina Loosli, Schlosstalstr. 60, 8406 Winterhur
Aerztliche Diagnose: Colitis ulcerosa

Beschwerden

Die Behandlung von Frau Loosli begann anfangs Januar 2005. Ihr Allgemein-Zustand war sehr kritisch. Fragiler Ausdruck, blasse Hautfarbe, keine Lust zum Essen, Unverträglichkeit im Verdauungstrakt, dauernde Schmerzen im Darm mit blutig-eitrigem Stuhlgang, physisch und psychisch am Boden, Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen in den Rücken und Nacken. Zu schwach um eine Arbeit zu verrichten, eigentlich nur noch herumhängen.

Aber trotz allen Beschwerden bestand ein nicht zu übersehbarer Wille und eine stille, innere Stärke das Leben wieder in die eigene Hand zu kriegen.

Therapie

Das Wichtigste war nun eine totale, neue, bewusste Lebensumstellung zu erarbeiten. Dem Organismus wieder eine Chance zu geben sich zu regenerieren. Nicht konsumieren sondern weglassen, entwöhnen. Total verzichten auf Fleisch, Fisch, Vögel, Kaffee, Schwarztee, industriell verarbeitete Nahrungsmittel und Getränke und Süssigkeiten. Das ist nicht als Kur sondern neue Lebensform anzusehen. Dazu gehört auch viel frische Luft und Bewegung zur seelischen und körperlichen Kräftigung.

Die ersten drei Monate erforderten eine strikte Einhaltung einer absoluten Schondiät. Nach dieser Zeit beginnt die langsame Gesundung der Organe, der Aufbau der Darmflora unterstützt durch Isopathische Produkte. Die Beweglich- und Belastbarkeit wird und wurde durch die Manuelle Therapie ergänzt. Die Probleme der Stoffwechselstörungen und den daraus entstehenden Krankheiten wurden besprochen und am eigenen Körper nachvollzogen. In kleinen Schritten wurde der Aufbau und die Stärkung des ganzen Körpers wieder eingeleitet. Gesundheit ist das Wichtigste für unser ganzes Leben. Ein altes Sprichwort: Der Tod sitzt im Darm.

Zustand heute

Der gesamte Gesundheitszustand von Frau Loosli darf als recht gut bezeichnet werden. Der Dickdarm hat sich, bis auf kleine Störungen, gut erholt. Die physischen und psychischen Kräfte sind weitgehend wieder zurückgekehrt. Selbstverständlich ist ein stetes weiterarbeiten am gesamten Wohlbefinden ein absolutes Muss.

Umschulung

Gesundheit heisst auch Zufriedenheit. Dieses Zusammenspiel ist Tätigkeit aus Freizeit und Beruf. Als gelernte Schneiderin und Schnitt-Technikerin kann Frau Loosli meiner Ansicht nach nicht mehr arbeiten. Grund eins: sie ist seit 10 Jahren nicht mehr berufs tätig. Grund zwei: das lange Sitzen oder Stehen am gleichen Ort wird sie kaum aushalten können. Grund drei: die Staub- und Chemie-Einwirkungen sind Gesundheitsschädigend. Zudem ist die Lohnentschädigung sehr dürftig.

Gestärkt durch die eigene Erfahrung begann für Frau Loosli das Interesse für spezielle Ernährung stetig zu wachsen. Nicht nur für sich, nein auch für andere. Also Ernährungsberaterin. Mein Vorschlag: Ausbildung zur Vitalstoff-Ernährungstherapeutin. Die Schule für Naturheilkunde bietet diese Ausbildung an. Ernährungspyramiden sind noch lange keine Gesundheitslehre.

Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten

In Spitäler, Hotels und Wellnes-Anlagen sind Ernährungsberaterinnen angestellt. Auch eine eigene Praxis kann eröffnet werden. Auch eine Lehrtätigkeit könnte später ausgeführt werden. Für alle diese Arbeiten wird jedoch ein entsprechendes Ausbildung-Zeugnis verlangt. Die Schule für Naturheilkunde bietet diese Unterlagen.

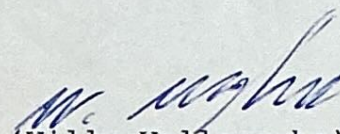
Die Verdienstmöglichkeiten richten sich hauptsächlich nach den Fähigkeiten der Person und der Position. Als selbständig Erwerbender Stundenansatz ca. 100.-- bis 130.--.

Im übrigen gelten die Besoldungsklassen.

Zukunftsansichten

Frau Loosli ist eine dynamische Person. Ihre Ausstrahlung ist freundlich, kompetent und harmonisch. Die warme Stimme gepaart mit ~~mit~~ Ihrem ehrlichen Lachen bringt sofort Vertrauen und Nähe. Die kritische aber offene Haltung überzeugen schon bei der ersten Begegnung. Diese menschlichen Voraussetzungen bieten absolute Gewähr, dass Frau Loosli mit Ausführen der richtigen Tätigkeit optimale Leistungen erbringen kann. Die Harmonie zwischen Beruf und Freizeit bringen die besten Voraussetzungen für Gesundheit, Glück und Verdienst.

Nassenwil, 31. Mai 2005


(Willy Wellenzohn)

Dr. med. Harry Trost

FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und
Rehabilitation, Manuelle Medizin

Steinwiesstrasse 4, 8032 Zürich

Telefon: 043 244 80 30

Telefax: 043 244 80 31

Medizinische Kräftigungstherapie

Nüscherstrasse 32, 8001 Zürich

Telefon: 01 221 09 61

Telefax: 01 221 09 63

Frau

Tina Loosli

Schlosstalstrasse 60

8406 Winterthur

Zürich, 22. Juni 2005/ag

Ärztliches Zeugnis

Betrifft: Loosli Tina, Schlosstalstrasse 60, 8406 Winterthur
Geb.Datum 17.08.1973, Tel. P: 052 534 63 15, Tel. G.: 079 746 16 61

Frau Loosli steht in meiner Betreuung wegen einem anamnestischen thoraco-vertebralen Syndrom bei einer bekannten Kolitis ulcerosa seit Jahren.

Diesbezüglich hat sie Mühe als Schneiderin (Schnitttechnikerin) über längere Zeit monotone Arbeiten durchzuführen. Sie sollte intermittierend aufstehen und umhergehen können, ansonsten hat sie entsprechende Beschwerden.

Meines Erachtens nach ist eine Umschulung gerechtfertigt. Sie sollte keine monotonen Arbeiten durchführen.

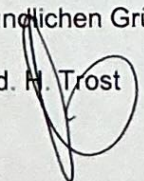
Diagnosen:

- Thoraco-lumbo-vertebrales Syndrom bei einer muskulären Dysbalance und Fehlhaltung
- Kolitis ulcerosa

Bitte um Ihr Verständnis und Genehmigung für eine entsprechende Umschulung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. H. Trost





KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Medizinische Klinik
Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
Tel. 052 266 21 21
www.ksw.ch

Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer
Chefarzt

Dr. med. Reinhard Imoberdorf
Co-Chefarzt

Medizinische Kanzlei
Tel. direkt 052 266 23 10
Fax direkt 052 266 45 04

Ärztliche Leitung
Med. Poliklinik

im Hause

11.07.2006/xch/wmh

Kurzaustrittsbericht bei Klinikentlassung

Loosli Tina, 17.08.1973, Schlosstalstr. 60, 8406 Winterthur

Hospitalisation vom 27.06.2006 bis 12.07.2006

Hauptdiagnosen:

1. Colitis ulcerosa, ED 1988
 - aktuell: Schub mit blutiger Diarrhoe und Gewichtsverlust
2. Mangelernährung (BMI 19 kg/m²), im Rahmen Dg 1.
 - Eisenmangel-Anämie
 - tachykarder Sinusrhythmus
 - Verdacht auf Refeeding-Syndrom: Hypophosphatämie, Hypokaliämie und Beinödeme
3. St.n. Soorstomatitis
4. Chronische Thrombozytose
 - DD: essentiell, reaktiv bei Anämie, lymphoproliferative Erkrankung

ad 1. u. 2.: Zuweisung am 27.06.06 via Medizinische Poliklinik wegen seit ca. 6 Monaten anhaltendem Frischblutabgang ab ano, seit einigen Wochen zusätzlich Diarrhoe, ca. 20 mal pro Tag. In dieser Zeit Gewichtsverlust von 10 kg. Die Patientin hatte eine Cortisontherapie anfangs 2005 abgesetzt wegen einer depressiver Episode. Seither erfolgte lediglich eine Therapie via Anpassung der Ernährung, Schüsslersalzen und Fastenkuren. Bei Eintritt wurde in Rücksprache mit den Gastroenterologen im Hause eine Therapie mit Salofalk und Spiricort begonnen. Bei Heisshunger und Gewichtszunahme entwickeln eines Refeeding-Syndromes mit Hypophosphatämie und Hypokaliämie. Unter intravenöser Substitution regredient. Stuhlfrequenzen unter Steroiden rückläufig. Bei Austritt zirka 8-10 Stuhlportionen pro Tag ohne Blut. Normalisierte perorale Nahrungsaufnahme mit adäquater Gewichtszunahme. Laborchemisch konnte eine Eisenmangelanämie festgestellt werden. Einleiten einer peroralen Substitution. Im Zuge der Steroidbehandlung, Kalzium- und Vitamin D-Substitution. Eine Densitometrie als Standortbestimmung ist am 11.07.06 erfolgt und zeigte eine gute Knochendichte. Unterstützend zu der medikamentösen Behandlung und bei psychosozialer Belastungssituation fanden therapeutische Gespräche mit unserer Seelsorgerin statt. Im Spitalverlauf fiel eine anhaltende Sinus-Tachykardie zwischen 100-120 Schlägen/min auf. Wir interpretierten diese primär im Rahmen der Anämie. Das TSH war im Normbereich.

Loosli Tina, 17.08.1973

ad 3.: Am 25.6. Diagnose einer Soorstomatitis, einmalige Gabe von 200 mg Diflucan. Bei Eintritt in den stationären Rahmen keine Soor spezifischen Befunde mehr.

ad 4.: Es wurden wiederholt erhöhte Thrombozytenwerte gemessen bis maximal $1076 \times 10^9/l$, die auch in früheren Messungen zur Darstellung kommt. Zudem zahlreiche lädierte Lymphozyten. Im Sinne der Grundkrankheit interpretierten wir diese Veränderungen als reaktiv bedingt. Differentialdiagnostisch kann aber auch eine essentielle Thrombozytose oder eine lymphoproliferative Erkrankung vorliegen.

Medikamente bei Austritt:

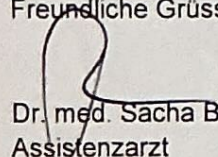
Salofalk; Filmtabl 500 mg (Mesalazin).....	1	.....	1	.....	1	... 1
Spiricort; 50 mg Tbl (Prednisolon)	1	.....	0	.....	0	... 0
Calcimagon D3; Kautabl 500 mg 400 (Cholecalciferol (Vitamin D3))	1	.....	0	.....	1	... 0
gyno-Tardyferon (Ferrum) Depot Drag.....	1	.....	0	.....	1	... 0

Status bei Austritt: Gewicht 53.5kg, Grösse 167cm (BMI 19.1kg/m²), Blutdruck 110/45mmHg, Puls 112/min

Prozedere:

Auf Wunsch der Patientin gastroenterologische Weiterbetreuung bei uns im Hause. Die Patientin wird selbständig einen Kontrolltermin 1 Monat nach Austritt vereinbaren. Bis dann antientzündliche Therapie unverändert belassen. Kontrolle der hämatologischen Parameter unter Eisensubstitution. Allenfalls muss diese bei fehlendem Ansprechen i.v. gegeben werden. Bei anhaltender Thrombozytose oder anderen Blutbildauffälligkeiten auch im Intervall der Grundkrankheit empfehlen wir eine hämatologische Standortbestimmung. Gleiches gilt in kardiologischer Sicht für die Tachykardie.

Freundliche Grüsse


Dr. med. Sacha Beck
Assistenzarzt

Dr. med. Dario Fontanel
Oberarzt

Ein ausführlicher Austrittsbericht folgt.

Kopie an: Dr. med. Bettina Naef, Gertrudstrasse 1, 8400 Winterthur

Medizinische Klinik
Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
Tel. 052 266 21 21
www.ksw.ch

Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer
Chefarzt

Dr. med. Reinhard Imoberdorf
Co-Chefarzt

Medizinische Kanzlei
Tel. direkt 052 266 23 10
Fax direkt 052 266 45 04

Ärztliche Leitung
Med. Poliklinik

im Hause

11.07.2006/xch/wmh

Kurzaustrittsbericht bei Klinikentlassung

Loosli Tina, 17.08.1973, Schlosstalstr. 60, 8406 Winterthur

Hospitalisation vom 27.06.2006 bis 12.07.2006

Hauptdiagnosen:

1. Colitis ulcerosa, ED 1988
 - aktuell: Schub mit blutiger Diarrhoe und Gewichtsverlust
2. Mangelernährung (BMI 19 kg/m²), im Rahmen Dg 1.
 - Eisenmangel-Anämie
 - tachykarder Sinusrhythmus
 - Verdacht auf Refeeding-Syndrom: Hypophosphatämie, Hypokaliämie und Beinödeme
3. St.n. Soorstomatitis
4. Chronische Thrombozytose
 - DD: essentiell, reaktiv bei Anämie, lymphoproliferative Erkrankung

ad 1. u. 2.: Zuweisung am 27.06.06 via Medizinische Poliklinik wegen seit ca. 6 Monaten anhaltendem Frischblutabgang ab ano, seit einigen Wochen zusätzlich Diarrhoe, ca. 20 mal pro Tag. In dieser Zeit Gewichtsverlust von 10 kg. Die Patientin hatte eine Cortisontherapie anfangs 2005 abgesetzt wegen einer depressiver Episode. Seither erfolgte lediglich eine Therapie via Anpassung der Ernährung, Schüsslersalzen und Fastenkuren. Bei Eintritt wurde in Rücksprache mit den Gastroenterologen im Hause eine Therapie mit Salofalk und Spiricort begonnen. Bei Heisshunger und Gewichtszunahme entwickeln eines Refeeding-Syndromes mit Hypophosphatämie und Hypokaliämie. Unter intravenöser Substitution regredient. Stuhlfrequenzen unter Steroiden rückläufig. Bei Austritt zirka 8-10 Stuhlportionen pro Tag ohne Blut. Normalisierte perorale Nahrungsaufnahme mit adäquater Gewichtszunahme. Laborchemisch konnte eine Eisenmangelanämie festgestellt werden. Einleiten einer peroralen Substitution. Im Zuge der Steroidbehandlung, Kalzium- und Vitamin D-Substitution. Eine Densitometrie als Standortbestimmung ist am 11.07.06 erfolgt und zeigte eine gute Knochendichte. Unterstützend zu der medikamentösen Behandlung und bei psychosozialer Belastungssituation fanden therapeutische Gespräche mit unserer Seelsorgerin statt. Im Spitalverlauf fiel eine anhaltende Sinus-Tachykardie zwischen 100-120 Schlägen/min auf. Wir interpretierten diese primär im Rahmen der Anämie. Das TSH war im Normbereich.

Loosli Tina, 17.08.1973

ad 3.: Am 25.6. Diagnose einer Soorstomatitis, einmalige Gabe von 200 mg Diflucan. Bei Eintritt in den stationären Rahmen keine Soor spezifischen Befunde mehr.

ad 4.: Es wurden wiederholt erhöhte Thrombozytenwerte gemessen bis maximal $1076 \times 10^9/l$, die auch in früheren Messungen zur Darstellung kommt. Zudem zahlreiche lädierte Lymphozyten. Im Sinne der Grundkrankheit interpretierten wir diese Veränderungen als reaktiv bedingt. Differentialdiagnostisch kann aber auch eine essentielle Thrombozytose oder eine lymphoproliferative Erkrankung vorliegen.

Medikamente bei Austritt:

Salofalk; Filmtabl 500 mg (Mesalazin)	1	1	1	1
Spiricort; 50 mg Tbl (Prednisolon)	1	0	0	0
Calcimagon D3; Kautabl 500 mg 400 (Cholecalciferol (Vitamin D3))	1	0	1	0
gyno-Tardyferon (Ferrum) Depot Drag.	1	0	1	0

Status bei Austritt: Gewicht 53.5kg, Grösse 167cm (BMI 19.1kg/m²), Blutdruck 110/45mmHg, Puls 112/min

Prozedere:

Auf Wunsch der Patientin gastroenterologische Weiterbetreuung bei uns im Hause. Die Patientin wird selbständig einen Kontrolltermin 1 Monat nach Austritt vereinbaren. Bis dann antientzündliche Therapie unverändert belassen. Kontrolle der hämatologischen Parameter unter Eisensubstitution. Allenfalls muss diese bei fehlendem Ansprechen i.v. gegeben werden. Bei anhaltender Thrombozytose oder anderen Blutbildauffälligkeiten auch im Intervall der Grundkrankheit empfehlen wir eine hämatologische Standortbestimmung. Gleiches gilt in kardiologischer Sicht für die Tachykardie.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Sacha Beck
Assistenzarzt

Dr. med. Dario Fontanel
Oberarzt

Ein ausführlicher Austrittsbericht folgt.

Kopie an:

Dr. med. Bettina Naef, Gertrudstrasse 1, 8400 Winterthur
Dr. med. Stephan Albert, Unterer Graben 23/25, 8400 Winterthur
Dr. med. N. Wiegand, Gastroenterologie im Hause



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Institut für Pathologie
Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
www.ksw.ch

Herr
Dr. med. Stephan Albert
Innere Medizin FMH
Unterer Graben 23/25
CH 8400 Winterthur

Dr. med. Renata Flury
Chefärztin

Sekretariat
Tel. direkt 052 266 25 04
Tel. Zentrale 052 266 21 21
Fax direkt 052 266 45 07
E-Mail: pathologie@ksw.ch

Referenz:
Eingang: 06.06.2007/fkh/syw
Ausgang: 06.06.2007/DPF/syw
Datum: 6. Juni 2007
Original an: Herr Dr. med. Stephan Albert
Kopie an:

Patient Loosli Tina, geb. 17.08.1973 / (477163) **BW 10713.07**

Klinik Bekannte Colitis ulcerosa unter Therapie, pseudopolypöse Veränderungen und lediglich im Rektum leicht entzündliche Aktivität.

Material

1. Terminales Ileum (reizlos).
2. Zökum, eher Pseudopolypen: DALM?
3. Descendens, eher Pseudopolypen.
4. Rektum (Ulcer).

Makroskopie

1. Zwei Biopsien.
2. Ca. sieben Biopsien.
3. Ca. vier Biopsien.
4. Zwei kleine Biopsien.

Diagnose

1. Dünndarmschleimhautbiopsien ohne pathologischen Befund.
2. Kolonschleimhautbiopsien mit kleinherdig minimal verdichtetem interstitiellem Infiltrat und diskreter aktiver Entzündung sowie minimalen Strukturstörungen. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie.
3. Kolonschleimhautbiopsien mit herdförmig leicht verdichtetem interstitiellem Infiltrat und diskreten Strukturstörungen. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie.
4. Kolonschleimhautbiopsien mit diffus verdichtetem interstitiellem Infiltrat, geringgradiger aktiver Entzündung mit Kryptitis sowie leichtgradigen Strukturstörungen. Ferner fibrino-leukozytärer Detritus. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie (siehe Kommentar).

Kommentar Insgesamt ist der Befund vereinbar mit einer Colitis ulcerosa unter Therapie. Auch in den pseudopolypösen Arealen lassen sich keine dysplastischen Veränderungen nachweisen.

Dr. med. Denis Pfofe, Oberarzt, 052 266 25 15

Vorbefunde 11567.04., 7883.07



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Institut für Pathologie
Brauerstrasse 15, Postfach 834
CH-8401 Winterthur
www.ksw.ch

Dr. med. Renata Flury
Chefärztin

Sekretariat
Tel. direkt 052 266 25 04
Tel. Zentrale 052 266 21 21
Fax direkt 052 266 45 07
E-Mail: pathologie@ksw.ch

Herr
Dr. med. Stephan Albert
Innere Medizin FMH
Unterer Graben 23/25
CH 8400 Winterthur

Referenz:
Eingang: 06.06.2007/fkh/syw
Ausgang: 06.06.2007/DPF/syw
Datum: 6. Juni 2007
Original an: Herr Dr. med. Stephan Albert
Kopie an:

Patient Loosli Tina, geb. 17.08.1973 / (477163) **BW 10713.07**

Klinik Bekannte Colitis ulcerosa unter Therapie, pseudopolypöse Veränderungen und lediglich im Rektum leicht entzündliche Aktivität.

Material

1. Terminales Ileum (reizlos).
2. Zökum, eher Pseudopolypen: DALM?
3. Descendens, eher Pseudopolypen.
4. Rektum (Ulcer).

Makroskopie

1. Zwei Biopsien.
2. Ca. sieben Biopsien.
3. Ca. vier Biopsien.
4. Zwei kleine Biopsien.

Diagnose

1. Dünndarmschleimhautbiopsien ohne pathologischen Befund.
2. Kolonschleimhautbiopsien mit kleinherdig minimal verdichtetem interstitiellem Infiltrat und diskreter aktiver Entzündung sowie minimalen Strukturstörungen. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie.
3. Kolonschleimhautbiopsien mit herdförmig leicht verdichtetem interstitiellem Infiltrat und diskreten Strukturstörungen. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie.
4. Kolonschleimhautbiopsien mit diffus verdichtetem interstitiellem Infiltrat, geringgradiger aktiver Entzündung mit Kryptitis sowie leichtgradigen Strukturstörungen. Ferner fibrino-leukozytärer Detritus. Kein Nachweis von Granulomen / Dysplasie (siehe Kommentar).

Kommentar Insgesamt ist der Befund vereinbar mit einer Colitis ulcerosa unter Therapie. Auch in den pseudopolypösen Arealen lassen sich keine dysplastischen Veränderungen nachweisen.

Dr. med. Denis Pfofe, Oberarzt / 052 266 25 15

Vorbefunde 11567.04., 7883.07

15.04.2010

LOOSLI TINA 17.08.1973 (F)
HAMMERSTR. 12
8008 ZÜRICH

Frau
Dr.med.Andrea Uhlmann-Furrer
SWICA-Gesundheitszentrum
Seebahnstrasse 89
8036 Zürich

Seite 1/1
Ausgang 13.04.10

	1015 2117	0629 0166							
Eingangsdatum	13.04.10	17.07.06							
Entnahmedatum/Zeit		17.07/11:25							
Analyse								Einheit	Ref.-bereich
Calcium		2.18						mmol/l	2.15 - 2.60
Phosphat anorganisch		1.14						mmol/l	0.87 - 1.45
Ferritin	49							ug/l	10 - 310
Albumin		* 31.6						g/l	38 - 50
Magnesium		0.98						mmol/l	0.70 - 1.00
25-OH-Vitamin D3	* 25.6							ug/l	> 30
Vitamin B12	353							pmol/l	156 - 672
Folsäure	* >54.4							nmol/l	2.5 - 45.4

Blatt: 1 Serie läuft

Dieser Bericht ist ein Bestandteil des Einzelbefundes der ersten Spalte



ANALYTICA Medizinische Laboratorien AG
Falkenstrasse 14 8024 Zürich Tel: 044/250 50 50



Akkreditierung
Accreditation
Accreditazione
ISO/IEC 17025
STS 388

Endbefund

IHRE REFERENZ 2679

LOOSLI
TINA
HAMMERSTR. 12
8008 ZÜRICH
17.08.1973 / W

Frau
Dr.med.Andrea Uhlmann-Furrer
SWICA-Gesundheitszentrum
Seebahnstrasse 89
8036 Zürich

AUFTRAGS-NR. 01 1015 2117

Eingang 13.04.10

Ausgang 13.04.10

Rechnung an Arzt

Seite 1 von 1

Analyse	Resultat	Ref.-bereich/Einheit
Ferritin	49	10 - 310 ug/l
25-OH-Vitamin D3	* 25.6	> 30 ug/l
Vitamin B12	353	156 - 672 pmol/l
Folsäure	* >54.4	2.5 - 45.4 nmol/l

Referenzwerte beim Vitamin D3-Status:

Mangel: < 6 ug/l
Insuffizienz: 6 - 30 ug/l
Normal: > 30 ug/l

Ende Fax

Dr. med. N. Shayanfar (Fachleiterin)

Das aktuelle Leistungsverzeichnis ist Bestandteil dieses Befundes

Frau

Tina Loosli

Hammerstr. 12

8008 Zürich

Zürich, 22.4.2010

Resultat der Chromosomenuntersuchung

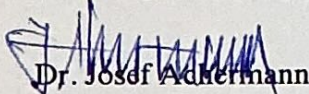
Nr.: 201001149

Sehr geehrte Frau Loosli

Die Chromosomenuntersuchung an Blut ergab ein normales Resultat (Karyotyp ohne strukturelle Anomalien).

Gleichzeitig mit diesem Brief wurde Ihr Arzt über das Ergebnis der Untersuchung orientiert.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Josef Ackermann

Untersuchungsbericht an:

Ärztliche Leitung, Universitätsspital Nord1B 336, 8091 Zürich

Angaben zur Chromosomenuntersuchung:

Ein normaler Chromosomensatz (Karyotyp) weist 46 Chromosomen auf (46,XX oder 46,XY). Mit unserer Untersuchung erkennen wir zusätzliche oder fehlende Chromosomen und damit z.B. die Trisomie 21 oder Anomalien der Geschlechtschromosomen. Erkennbar sind auch grössere Veränderungen an den Chromosomenstrukturen, die durch Verlust, Austausch oder Verdoppelung von Chromosomenmaterial entstehen. Ein normaler Befund besagt, dass der Chromosomensatz keine dieser Veränderungen aufweist.



KOPIE

NORD 1 B 332/A

Frau
Dr. med. Eva Sturzenegger
Prakt. Ärztin
Zypressenstr. 50
8004 Zürich

Prof. Dr. Bruno Imthurn
Klinikdirektor

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Reproduktions-
Endokrinologie
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Sekretariat 044/255 50 07
Telefax 044/255 43 76
E-Mail endo@usz.ch
www.repro-endo.usz.ch

Zürich, 22. April 2010/uw

LOOSLI Tina, geb. 17.08.1973, Hammerstr. 12, 8008 Zürich

Sehr geehrte Frau Kollegin

Ich möchte Ihnen von obiger Patientin berichten, die ich am 13.04.10 im Rahmen meiner endokrinologischen Sprechstunde gesehen habe.

Diagnose:

- 36-jährige Nullgravida mit Klimakterium präcox
- Colitis ulcerosa

Unauffällige gynäkologische Anamnese, früher Zyklus regularis, gewollt keine Schwangerschaft, Antikonzption mit Implanon bis November 2009. Nach Implanonentfernung Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Amenorrhoe. Vorher lebenslang nur einmal Amenorrhoe während eines Schubs der Colitis ulcerosa. Regelmässige gynäkologische Kontrollen, letzte Jahreskontrolle 3/10 unauffällig.

In der Allgemeinanamnese eine seit dem 15. Lebensjahr diagnostizierte Colitis ulcerosa, schwere Schübe 2003, 2004 und 2006. Augenblicklich Medikation mit Salofalk bei Bedarf und Klysmen. Nikotinabusus von ca. 20 Zigaretten/Tag.

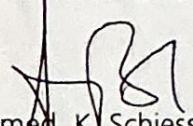
Hormonanalyse: FSH 90 IE/l, Estradiol 37 pmol/l.

Damit liegt, wie vermutet, ein Klimakterium präcox vor, dessen Genese unklar ist. Möglicherweise kann es durchaus mit der Colitis ulcerosa in Zusammenhang gebracht werden, da bei Autoimmungeschehen häufiger ein frühzeitiges Ovarialversagen eintritt. Eine weitere genetische Abklärung bezüglich Turner-Syndrom oder fragilem X-Syndrom wünscht die Patientin augenblicklich nicht. Therapeutisch würde man in dieser Situation lediglich die Hormonsubstitution bis zum normalen Menopausenalter empfehlen, um einer frühzeitigen Arteriosklerose bzw. Osteoporose vorzubeugen. Begleitend ist eine ausreichende Calcium- und Vitamin D – Zufuhr notwendig. Die Patientin selbst kann sich erstaunlich gut mit dieser Diagnose abfinden.

LOOSLI Tina, geb. 17.08.1973

Ich danke für die Überweisung und stehe für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. K. Schiessl
Oberärztin

Kopie an:

Frau Dr. med. Andrea Uhlmann-Furrer, Allg. Medizin FMH, Gesundheitszentrum Zürich-
Wiedikon, Seebahnstr. 89, 8036 Zürich