

Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Übersetzung des Arztbriefes.

Selbständige öffentliche -----
 Zentralklinik für Neurologie -----
 Leiter: Prof. dr hab. med. Anna Kalinska -----
 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a, Tel. 599-28-58 -----
 REGON: 000288975, NIP: 522-00-02-529 -----
 Nr rej. 000000018598-15-260-4220 -----
 E-mail: neurologial-sekretraiat@wum.edu.pl -----

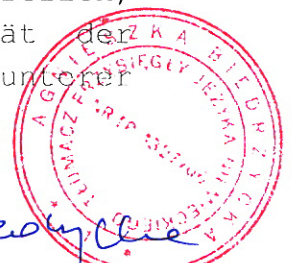
----- Datum 2014.04.01
 ----- Nr des Hauptbuches 10293/14
 ----- Nr des Abteilungsbuches 738/14

INFORMATIONSKARTE

Herr- TOMASZ KONIEW ---ALTER 35 befand sich in vom
 2014.03.23 bis 2014.04.01 in der Klinik für Neurologie
 SPCSK in Warschau, PESEL: -----

Diagnose: Mitochondriale Myopathie. Distale
 Polyneuropathie wahrscheinlich wegen mitochondrialer
 Krankheit. Degenerative Erkrankung in Kniegelenken,
 Krembein- und Lendenweibelsäule. Folsäuremangel.
 Thrombopenie. -----

Neurologischer Zustand bei der Entlassung: bilaterale
 Ptose, eingeschränkte Beweglichkeit der Augäpfel zur
 Seite (L>R), nach oben und teilweise nach unten,
 Diplopie beim Sehen in jeder Richtung mit Ausnahme des
 Sehens nach unten, schwacher Gaumenreflex, schwache
 mimische Muskulatur des Gesichtes, kleine Dysphagie
 beim Essen von festen und flüssigen Produkten, kleine
 Dysarthrie, kleine Kontraktur der Finger II-IV der
 linken oberen Extremität, Atrophie vom zweiköpfigen
 Oberarmmuskel mit massivem Kraftverlust 3/5,
 beiderseitige schwache Reflexe des zweiköpfigen
 Muskel, Mangel an sonstigen Tiefenreflexen, kleine
 proximale Parese unterer Extremitäten, Atrophie der
 Oberschenkelmuskel, beiderseitiger Plantarreflex,
 kleine Abschwächung der Oberflächensensibilität der
 Füße R>L, kleine Vibrationsabschwächung unterer



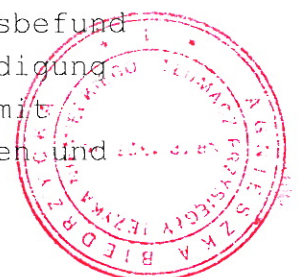
Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Extremitäten, Gang normal, der Patient kann auf Zehen und Fersen gehen, kann Kniebeuge selbständig machen. --

<u>Morphologie</u>			<u>Biochemie</u>	<u>Lipide:</u>
WBC	13,7	10 ³ / μ l	Glukose 108 mg/dl	Cholesterin 150 mg/dl (N 120-200)
HGB	15,26	g/dl	Harnstoff 33 mg/dl	HDL 54 mg/dl (N>40)
HCT	46,1	%	Kreatinin 0,69 mg/dl	LDL 82 mg/dl (\leq 130)
RBC	5,17	10 ⁶ / μ l	Natrium 139,6 mmol/l	Triglyceride 68 mg/dl (50-150)
MCV	89,0	fl	Kalium 4,21 mmol/l	Harnuntersuchung
MCH	29,49	pg	Calcium 2,40 mmol/l	Eiweiß(-) Zucker(-)Ket.(-)
MCHC	33,12	g/dl	Phosphat 0,87 mmol/l) Bilirubin(-) pH 7,0
RDW-CV	14,2	%	Magnesium 0,90mmol/l	Urobilinogen normal,
Thrombozyten	113	10 ³ / μ l	AST 100 U/L	Farbe strohgelb
CRP	0,9	mg/l	eGFR >60 ml/min	transparent L 1-2 im
OB	2	mm/1h(<8)	CK 285 U/L	Sehfeld
<u>Koagulogramm</u>			CKMB-Masse 20,0 μ g/ml	
Prothombin	91	% (80-120)	GGTP 14 U/l	
INR	1,10	(0.9-1.3)	<u>Hamatologie</u>	
APTT	30,6	S(25-37)	NEU 88,7%	<u>Immunochemie:</u>
Fibrinogen	199,	Mg/dl (200-400)	LYM 7,8%	TSH 0,703 μ IU/ml (0,27-4,20)
<u>Biochemie</u>			MONO 3,5%	FT3 5,89 pmol/l (3,1-6,8)
Bilirubin	0,77	Mg/dl	EOS 0,8%	FT4 19,97pmol/l (12-22)
HbA1c%	4,6	% (4,5-6,5)	BASO 0,0%	Vit. B12 505,9 pg/ml (191-663)
				Folsäure \downarrow 3,93 ng/ml (4,6-18,7)
				P-c p/HBs Rochetest > 1000 IU/l
				Blutgasanalyse pH 7,332
				pCO2 \uparrow 53,8 mmHg pO2 28,9 mmHg
				SBE 2,4mmol/l sO2 49,2%
				Na+ 143mmol/l K+ 3,70 mmol/l
				Glu. 91 mg/dl
				Laktate: 3,5 mmol/l

E.K.G. in der Krankheitsgeschichte -----

EMG: /25.03.14/ Beurteilung: Das Untersuchungsbefund weist auf ausgebreitete kleine entmarkte Schädigung motorischer Fasern aller untersuchten Nerven mit größerer Intensität in den unteren Extremitäten und



Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Ausdehnung der F - Welle sowie erhebliche Schädigung sensorischer Nervenfasern (keine Antwort - axonale Schädigung?) hin. Im Vergleich zur Untersuchung am 18.12.2012 und 22.07.2013 keine wesentlichen Veränderungen in der EMG Untersuchung (volles Ergebnis in der Anlage). -----

Psychologische Untersuchung: /25.03.14/ Ohne Änderungen im Vergleich zur psychologischen Untersuchung vom 2012.12. -----

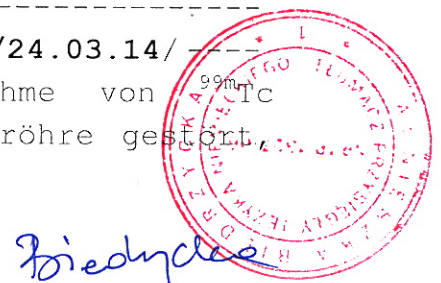
Phoniatrische Beratung: /25.03.14/ Beurteilung: Dysphagie, periphere Dysarthrie - zur logopädischer Behandlung -----

Funktionsdiagnostik des Atmungssystems **/25.03.14/**
Befund normal-----

Dopler USG - Duplex /25.03.14/ Beidseitig CCA und Anfangsabschnitt ICA und ECA sichtbar gemacht. In den sichtbaren Abschnitten wurde festgestellt: Rechts: CCA, ECA und ICA passierbar, morphologisch normal, ohne hämodynamische relevante Stenose. In CCA Verzweigung und Anfangsabschnitt ICA ohne atherosklerotische Plaques (IMT 0,6mm), Durchflußgeschwindigkeit und - spektrum in ICA normal, PSV 0,98 m/s, EDV 0,45 m/s. Durchfluß in VA in Segmenten kopfwärts, normal (Breite 2,6 mm). Links: CCA, ECA und V1-V2 ICA passierbar, morphologisch normal, ohne Eigenschaften von der hämodynamischen relevanten Stenose. In CCA Verzweigung und Anfangsabschnitt ICA ohne atherosklerotische Plaques (IMT 0,4mm), Durchflußgeschwindigkeit und - spektrum in ICA normal, PSV 0,90 m/s, EDV 0,35 m/s. Durchfluß in VA in Segmenten V 1-2 kopfwärts, normal (Breite 3,3 mm). -----

EEG: /24.03.14/ Beurteilung: Aufzeichnung an der Normgrenze. Bei letzten Untersuchung /22.07.13/ war die Aufzeichnung normal. -----

Speiseröhren (Oesophagus) - Szintigraphie: /24.03.14/ Beurteilung: Szintigraphie nach Aufnahme von ^{99m}Tc Kolloid ausgeführt. Funktion der Speiseröhre gestört. -----



Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

mit sichtbaren Spuren der Markierung im mittleren Teil der Speiseröhre, die bis Untersuchungsende, dh. bis 1 Min. 30 sec. Blieben. Die Norm der Speiseröhre bis 10 sec. In der statischen Untersuchung bleiben Rückstände der markierten Substanz 2 Min. nach der Aufnahme im mittleren Teil der Speiseröhre. (Befund in der Anlage). -----

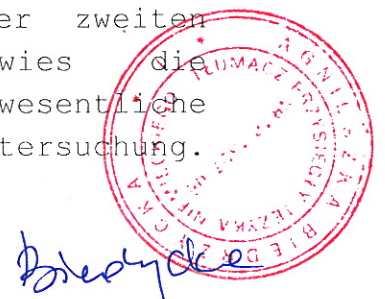
Audiogramm: /25.03.14/ in der Anlage -----

WPW: /31.03.14/ Befund während Bearbeitung -----

SPW: /31.03.14/ Befund während Bearbeitung -----

Therapie: Koenzym Q102 x 30mg, Kreatin 2 x 2g, Solu-Medrol /Methylprednisolonum/ 5 x 1 g iv., Prazol /Omeprazol/ 1 x 20mg, Kalipoz /Kalii chloridum/ 3x 1 Tab., Estalozalum 2 mg notfalls. -----

Epikrise: -----
 Der 35-jährige Patient wurde in die Klinik mit der Diagnose einer Mitochondriale Myopathie zur Ausführung von Kontrolluntersuchungen aufgenommen. Die ersten Symptome erschienen vor 5 Jahren und betrafen Sensibilitätsstörung an Zehen III-V des linken Fußes. Vor 3-4 Jahren erschien Muskelschwäche des linken Armes und danach des rechten Armes. Dann spürte der Patient eingeschränktes Sehfeld, Ptose und Doppelbildsehen, die Symptome wurden mit der Zeit und bei Ermüdung stärker. Vereinzelt erschienen Probleme mit Verschlucken von fester und flüssiger Nahrung. Familienanamnese in Bezug auf neurologische Krankheiten ist negativ. Während der ersten Hospitalisierung in hiesiger Klinik im Dezember 2012 zeigte die Biopsie des linken Deltoidesmuskels ragged red fibers als Zeichen der Mitochondriale Erkrankung. - Die elektroneurographische Untersuchung verallgemeinerte, axonal-entarte Schädigung peripherer Nerven, mehr intensiv im Bereich sensorischer Faser und an unteren Extremitäten. Während der zweiten Hospitalisierung im Juli 2013 erwies die elektroneurographische Untersuchung keine wesentliche Änderungen im Vergleich zur vorherigen Untersuchung.

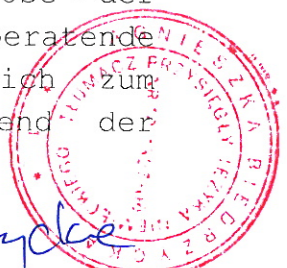


Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Es wurde auch magnetische Resonanz des Gehirnes ausgeführt - Befund normal sowie EEG und Spirometrie, deren Befunde auch normal waren. Der Patient wurde auch ambulant kardiologisch beraten - ohne wesentliche Abnormität. Danach wurde genetische Diagnostik gemacht und vielfache Deletion der mitochondrialen DNA in der Skelettmuskel festgestellt. Die Untersuchung des POLG Genes zeigte Varianten T251I, P587L und K1191N in Heterozygoter Form. Zusätzlich wurden genetische Untersuchungen der Eltern des Patienten durchgeführt und beim Vater Varianten T251I und P587L in heterozygoter Form, bei der Mutter Variante K1191N in heterozygoter Form festgestellt. Die genetische Analyse zeigte, dass der Patient gemischt- heterozygot ist, und die bestätigten Mutationen mit großer Wahrscheinlichkeit für Symptome der Krankheit verantwortlich sind. -----

Der Patient beschwert sich zur Zeit auf Schwächung der Armmuskeln (R>L) sowie zunehmende Ermüdung beim Gehen. Das Doppeltbildsehen und Ptose werden nach der Ermüdung und im Laufe des Tages stärker, periodisch erschienen Schwierigkeiten beim Verschlucken und Sprechen, innerhalb von einem halben Jahr hat der Patient 1 kg abgenommen. Zusätzlich spürte der Patient periodisch Erstarren und Frostgefühl an unteren Extremitäten. Die neurologische Untersuchung bei der Aufnahme hat, wie oben angegeben - nur kleine Progression festgestellt. Bei der Laboruntersuchung waren kleine Thrombopenie (auch in vorherigen Untersuchungen sichtbar) Folsäuremangel sowie erhöhte Konzentration von Lactaten im Serum zu sehen. Aktivität der Kreatin-Kinase wies auf den Normwert auf. -----

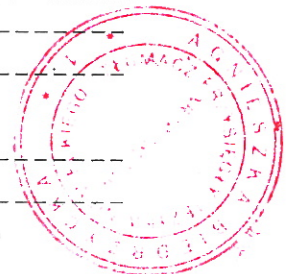
Der Muskeltest zeigte nur kleine Intensität der Muskelabschwächung. Der beratende Augenarzt hat neben Ptose und Ophthalmoplegia keine Abweichungen festgestellt. Es wurden auch Untersuchungen von evozierte Seh- und Gehörsinnpotentiale durchgeführt. Befund während Bearbeitung. Der EEG Befund zeigt Veränderungen an der Normgrenze. Doppler USG der kopfwärts Venen zeigte keine Abnormität. Der beratende Psychologe hat keine Änderungen im Vergleich zum Befund von einem Jahr festgestellt. Während der


Bledycka

Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Hospitalisierung wurde motorische Rehabilitation gemacht, dabei waren häufige Schwächung und Anstrengungsintoleranz bemerkbar, der Patient hat entsprechende Anweisungen von Therapeuten bekommen. Zusätzlich wurde phoniatische Untersuchung der Sprachstörungen untersucht. - Der Befund zeigt periphere Dysarthrie und Dysphagie, die logopädischer Pflege ständig bedürfen. Speiseröhren(Oesophagus)-Szintigraphie bestätigte Speiseröhrestörung, die sich wahrscheinlich aus der Grundkrankheit ergibt - zur Zeit weitere Beobachtung empfohlen. Untersuchung der Leitgeschwindigkeit peripherer Nerven, ähnlich wie bei den zwei vorherigen Befunden, hat kleine verallgemeinte entmarkte Schädigung motorischer Fasern und keine Antwort bei sensorischen Fasern (axone Schädigung). Wegen Entmarkung sowie Intensivierung der Beschwerden bei dem Patienten wurde Behandlung mit intravenöser Infusion von Methylprednisolon eingeführt. Insgesamt wurde 5x1g Solu-Medrol intravenös angegeben. Der Patient hat die Therapie gut toleriert. In den Kontrolllaboruntersuchungen wurde Steigerung von Transaminasen sowie Leukozytose mit Überwiegen von Neutrophilen - zur weiteren ambulanten Kontrolle. Neben kleiner Verbesserung von Vibrationsgefühl an unteren Extremitäten wurden direkt nach der Infusion keine wesentlichen Veränderungen beobachtet. Die Wirksamkeitsprüfung der Therapie ist in einem Monat geplant (neurologische Bewertung, elektroneurographische Untersuchung sowie Muskeltest). Nach der Beratung mit der Professorin Kaminska sowie aufgrund des aktuellen Schrifttums wurde Arginin in geteilten und stufenweise bis 0,15- 0,30 g/kg der Körpermasse pro Tag erhöhten Dosen angeordnet. Es wurde auch Fortsetzung der Einnahme von Kreatin und Abstellen sonstiger Nahrungsergänzungsmittel, um die maßgebende Bewertung des Zustanden des Patienten und der Behandlung in nächsten Monaten durchführen zu können. Sonstige Empfehlungen unten. Der Patient wurde in gutem allgemeinen Zustand entlassen. -----

Bescheinigung über empfohlenen Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel ausgegeben. -----



Biedycki

Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

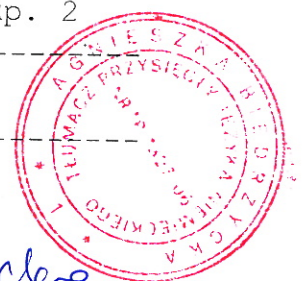
Krankschein für den Zeitraum 24.03.-07.04.2014
ausgegeben. -----

Empfehlungen: -----

1. Periodische Kontrolle im Rahmen der Grundversorgung.
2. Weitere Behandlung bei neurologischen
Beratungsstelle/ Beratungsstelle für
Muskelerkrankungen und Genetischer Beratungsstelle. ---
3. Systematische motorische Rehabilitation, die nicht
zur Muskelermüdung führt, -----
4. Pflege in der Logopädischen und Orthopädischen
Beratungsstelle -----
5. Beratung beim Augenzentrum im Hinblick auf
operative Behandlung der Blepharoptose. -----
6. Periodische Kontrolle von Morphologie,
Transaminasen, Elektrolyten, Cholesterin, Kreatinin
sowie Glucosespiegel im Blut. -----
7. Vermeiden von Präparaten mit Valproinsäure,
Statinen, Fibraten, Phenytoinen und
Acetylsalicylsäure. -----
8. periodische kardiologische Kontrolle (darin EKG und
EKG Holter), optische und laryngologische Beratung
empfohlen (Beurteilung der Gehörstörungen). -----
9. MR Kontrolluntersuchung des Gehirnes mit
Kontrastmittel sowie EEG in 6-9 Monaten empfohlen. ----
10. Befunde von Untersuchung der evozierten Seh- und
Gehörsinnpotentiale wurden später erstellt. -----
11. Kontrolluntersuchung der Morphologie und
Glucosespiegel sowie Transaminasen in 2 Wochen. -----
12. Bitte melden Sie sich in unserer Klinik am 25.
April um 11 Uhr zur neurologischen
Kontrollbeurteilung, elektroneurographische
Untersuchung sowie Muskeltest. -----

Arzneimittel: -----

Medargin 3 x2 g (nach Auflösen im Wasser oder
Zitronensaft) eine Woche lang, dann 3x4 g eine Woche
lang und dann 3x5g täglich -----
Kreatinin 2x2 g täglich -----
Ac. Folicum 1x5 mg morgens ca. 2 Monate lang (Rp. 2
Verpack. 100%) -----
Kalipoz prol 2x1 Tablette 5 Tage lang (Rp. 30
Tabletten, R) -----



Dr. Drobny

Beglaubigte Übersetzung aus dem Polnischen

Prazol 1x20mg morgens nüchtern 5 Tage lang (Rp. 7
Kapsel, 100%) -----

Unterschrift und Stempel des Hauptarztes -----
Langstempel: Ddr n. med. Marta Lipowska, Neurologe, unlesbare
Unterschrift
Biruta Kierdaszuk, Arzt, unlesbare Unterschrift -----

Ich beglaubige hiermit die Übereinstimmung vorstehender Übersetzung mit dem Original des Dokuments in polnischer Sprache. Agnieszka Biedrzycka, staatlich vereidigter Übersetzer und Dolmetscher für die deutsche Sprache, eingetragen in das von Justizminister geführte Verzeichnis der staatlich vereidigter Übersetzer und Dolmetscher unter Nr. TP/1327/06.
Nummer der Urkundenrolle: 30/ 2015
Katowice, den 26.06.2015

EUROPROFIT
Centrum Tłumaczeń i Biznesu
Agnieszka Biedrzycka
Al. Korfantego 8, 200, 40-004 Katowice
NIP 634-162-93-54, tel./fax 032 203 37 12



Biedrzycka