

2018, March 11th and March 16th to 17th

- **Dr. Pia Schumacher and Dr. Kaspar Streitberger, Charity Hospital Berlin (Virchow and Mitte), Berlin, Germany**
 - **Criminal Negligence and Assault in a Emergency Setting →**

Charity Hospital Berlin Emergency Room:

Denial of treatment in two ER instances in Charity Hospital, Berlin and a falsified Lumbar Test as a justification for medical negligence.

March 11th is approximately 2 months after my last ER in the 12th of January 2018. The condition worsens again due to a lack of appropriate medical treatment outside of a ER setting.

Over two instances in an ER setting in Charity Hospital the ER doctors refuse to give the treatment for MS, the ER doctors are Dr. Benjamin Hotter on the 11th of March and Dr. Pia Schumacher and Kaspar Streitberger on the 16th and 17th of March. Dr. Benjamin Hotter may simply fall under negligence since he does not cite a falsified LP test.

At the same time as these ER appointments, a lumbar puncture test is also done outpatient in the same hospital by Dr. Daniela Bempohl.

Dr. Pia Schumacher makes a statement that's medically impossible to not give the medications (he states that progressive neural atrophy of the spine is a "disk degenerative condition" in a young patient with no osteopathic complaints) for MS and Dr. Kaspar Streitberger sites a prefabricated falsified lumbar puncture test result as justification for not giving the medications for MS in ER. But that equates to criminal clinical fraud followed up by assault in a medical setting.

The LP test by Dr. Daniela Bempohl is taken in the 13th of March but the results are available by the 16th of March when the ER appointment takes place. The time it takes to do the test for protein electrophoresis is approximately 2 week. It appears that the LP test results are intentionally normalized with the results prefabricated to further negligence in a medical setting. (clearest diagnostic fraud for the sake of negligence).

There are a number of videos available (2-Videos and Images of Crimes Being Committed to Cause Harm> 2018 March 11th to March 17th Berlin Germany Charity Hospital) that show the severity of the condition at that point and the necessity of the medications in ER in these instances.

The ER documents and their translations are given below:

ADK | LUK | BKK | BKK | VdAK | AEV | Knappschaft
Selbstzahler

Name, Vorname des Versicherten: geb. am:

Jana Narendra Nirmal 27.10.84

10117 Berlin

Charitéplatz 1

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr.: Status:

Kassenart-Nr.: VK gültig bis: Datum:

72 74203 15.03.19

Zentrale Notaufnahme Nr. 10008082 . 01

ggf. Hauptversicherer Name: Geburtsdatum:

ggf. Kostenträger Adresse: Tel.-Nr.

ggf. Arbeitgeber DE/

Vorgeschichte Pat. stellt sich mit Kostenvoranschlag von der Privatambulanz unserer

(bzw. Unfallhergang) Abteilung vor. Er beklagt, dass er aktuell dringend eine

Methylprednisolon-Infusion benötigt. Es bestehe die Diagnose einer MS, die

seit wenigstens 2012 bestehe. Er habe Dutzende MRTs anfertigen lassen, die die

Diagnose bestätigten. Eine Lumbalpunktion sei bisher nicht erfolgt. Das

einzigste, was seine Symptomatik kontrolliere, sei Methylprednisolon alle 8

Wochen und eine regelmäßige Selbst-Therapie, warum er diese nicht regelmäßig

erhalte, kann er nicht sagen - er sei frustriert darüber, dass ihm häufig von

Ärsten mißtraut werde. Er legt mehrere Dokumente von früheren Arztbesuchen

vor, hierunter auch aus mehreren Ländern, so Mexiko, Italien, und

Österreich. Insgesamt die Befunde für mich bei Sprach-Barriere nur

eingeschränkt zu beurteilen, jedoch mehrfach schriftlich festgehalten, dass

keine Demyelinisierung sichtbar sei. Gewissen supratentorielle Atrophie über

Altersnorm entsprechend beschrieben. Herr Jana zeigte hiernach mehrere c und

sMRT Aufnahmen per Laptop vor, und dozierte über die Bedeutung mehrerer

Befunde, die jedoch ad hoc nicht nachvollziehbar waren. Letzten Endes ist der

aktuelle Vorstellungsgrund Schmerzen in der WWS, WMS, LWS, in rechten Bein,

sowie ein Spannungskopfschmerz, die von Hypästhesien in der rechten

Handfläche, einer Feinmotorikstörung der linken Hand, sowie einem optischen

Defektsyndrom mit subjektiver Hemianopsie nach links, sowie einem perioralen

trigeminalen Defizit. Aktuell haben sich die Beschwerden seit etwa 8 Wochen

wieder langsam gesteigert, er merke, dass es bald wieder untragbar sein

würde, und möchte gerne Methylprednisolon iv. erhalten.

Befund auffällig: GF Prüfung wird nur waagrecht rechts normal angegeben, sonst

überall Beschreibung von Sketomen, Hemihypästhesie links (trigeminal, brachial

und am Bein), Beinheberparrese bds bei inkompletiven Gegendruck, ARM möglich

mit Absinken ohne Frontieren links. FNV wiederholt dysmetrisch, jedoch metrisch

zur Lippenmitte.

Diagnostik sonst:

Diagnosen ICD-Code Gewissheit Diagnosentext Lokalisation

G35.9 Verdacht Multiple Sklerose onA

Therapie Insgesamt inkompletives klinisches Bild. Ich erklärte Herrn Jana, dass wir

grundsätzlich an einer Reevaluation interessiert wären, allerdings heute abend

nur keine spontane Methylprednisolongabe erfolgen könne. Er wollte sich am

morgigen Tage in der Privatambulanz unseres Hauses vorstellen.

Vitalparameter Erstwerte Verlaufswerte Entlassungswerte

Atmenfrequenz 15/min 11.03.18 22:45

O2-Sättigung 96% 11.03.18 22:45

CHARITÉ

Campus Charité Mitte Rettungstelle

Charitéplatz 1 - 10117 Berlin

Tel. 030-450 531 000 - Fax. 030-450 531 909

Fall - Nr. 0311721488-6

Fachabtl. Klinik für Neurologie - Mitte (MNEURO)

Beh OE. Zentrale 1.Hilfe CCN (MZEN-EH)

Behandlungstag,-Uhrzeit: 11.03.2018 22:07

Entlassungstag, Uhrzeit:

Einbringender Transport: selbst /

Ausbringender Transport:

Seite 2 von 2
Jana, Narendra Nirmal * 27.10.84 MZEN-EH 11.03.2018 22:07 Fall - Nr.: {311721488} Zentrale Notaufnahme Nr. 10008082 . 01

Vitalparameter	Erstwerte	Verlaufswerte	Entlassungswerte
Puls	67/min	11.03.18 22:45	
RRgesamt	119/66mmHg(L. Arm)	11.03.18 22:45	

(X) ärztliche Weiterbehandlung empfohlen

Berlin, den 15.03.2019 / 12:35:15

Unterschrift: Dr. med. univ. Hotter, Benjamin

Patienten- Bei Verschlechterung/ Verschlimmerung Ihres Zustandes wenden Sie sich während der
Information Sprechstundenzzeiten bitte an einen niedergelassenen Arzt/ eine niedergelassene Ärztin.
Bei akuter Verschlechterung während der sprechstundenfreien Zeiten des niedergelassenen
Arztes/ der niedergelassenen Ärztin ist auch eine Wiedervorstellung in einer Rettungsstelle möglich.

Vermerk des Kostenträgers:

Leistungsanspruch: besteht () besteht nicht ()

sonstiges

Stempel/ Datum:

English:

<table border="1"> <tr> <td>AOK</td> <td>LKK</td> <td>BKK</td> <td>IKK</td> <td>VdAK</td> <td>AEV</td> <td>Miners</td> </tr> </table>							AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Miners	
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Miners								
Selbstzahler														
Name, first name of the insured Jana Narendra Nirmal 10117 Berlin Chariteplatz 1				B. On: 27.10.84		Campus Charite Mitte Rettungsstelle Chariteplatz 1 · 10117 Berlin Tel. 030-450 531 000 · Fax. 030-450 531 909 Fall - Nr. 0311721488 · 6 Fachabt. Klinik für Neurologie - Mitte (MNEURO) Beh OE. Zentrale 1.Hilfe CCM (MZEN-EH)								
Cash-NO:		Survey no:		Status:		Of treatment, · Time: 11.03 .2018 22 :07 Discharge day, time: Carrying transport: even/ Carrying out transport:								
Cash doctor no: 72 74203		VK valid until:		Date:										
				15.03.19										

Central emergency room Nr. 10008082 . 01

Possibly insured person	Name: Address:	Birthday: Tel.-Nr:
If necessary, insurance provider if necessary employer	DEI	

Prehistory (or accidental)	Patient comes with a cost estimate from the private ambulance of our Department before. He complains that he is currently urgently one Methylprednisolone infusion needed. There is a diagnosis of a MS, the since at least 2012 exist. He had dozens of MRTs made, which the Diagnosis confirmed. A lumbar puncture was not done so far. The the only thing that controlled his symptoms was methylprednisolone, all 8 Weeks and regular Rebif therapy. Why he does not do this regularly he can not say - he is frustrated that he is often from Doctors are distrusted. He puts several documents from previous doctor visits before, including from several countries, such as Mexico, Italy, and East republics. Overall, the findings for me at language barrier only to assess limited, however, several times in writing that no demyelination is visible. Conscience supratentorial atrophy over Age norm described accordingly. Mr. Jana showed several c and sMRT recordings via laptop, and lectured on the meaning of several Findings that were incomprehensible on an ad hoc basis. In the end, that is
-----------------------------------	--

	current reason for presentation Pain in the cervical, thoracic, lumbar spine, right leg, as well as a tension-type headache, that of hypesthesia in the right Palm, a fine motor disturbance of the left hand, as well as an optical Defective syndrome with subjective hemianopsia to the left, as well as a perioral trigeminal deficit. Currently, the complaints have been around for about 8 weeks slowly increased again, he noticed that it will soon be unbearable again would, and would like to like methylprednisolone iv. receive
--	---

Findings	PREPARY: GF exam is only given to the HAREAGECH Right Normally, otherwise anywhere description of skiotics, hemihypesheshes left (trigeminal, brachial and leg.), legging superpared BDS in inconticant backpack, AHV possible with falling without pronouncing links. FNV repeats dysmetric, but metrically to the lip center:
-----------------	---

Diagnostic otherwise:

Diagnoses			
ICD-Code	Certainty	Diagnosentext	Localization
G35.9	Suspected	Multiple sclerosis ona	

Therapy	Overall, inconsistical clinical image. I explained Mr Jana that we were generally interested in a reevaluation, but this no longer spontaneous methylprednisolone could be done here. He wanted to introduce myself to tomorrow's day in the private title of our house.
---------	--

Vitalparameter	Initial Values	Historical Values	Discharge Values
Respiratory frequency	15/min 11.03.18 22:45		
O2 Saturation	96% 11.03.18 22:45		

Vitalparameter	Initial Values	Historical Values	Discharge Values
Pulse	87/min 11.03.18 22:45		
Rotal total	119/86mmHg(li. Arm) 11.03.18 22:45		

(X) medical treatment recommended

Berlin, 15.03.2019 / 12:35:15

Signature: _____
Dr. med. univ. Holler, Benjamin

Patient Information - Information	In deterioration / worsening of your condition, please contact a separate physician and a separate physician during the consulting tale. At acute worsening during the consulting hours of the established physician / the established drug, a re-introduction is also possible in a rescue.
--	--

ACK | LK | BKK | IKK | VSAK | AEV | Knappschaft

Selbstzahler

Name, Vorname des Versicherten geb. am:

Jana

Narendra Nirmal

27.10.84

10117 Berlin
Charitéplatz 1

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr.: Status:

Kassens-Nr.: VK gültig bis: Datum:

72 74102 15.03.19

Zentrale Notaufnahme Nr. 80005089 . 01

ggf. Haupt-

versicherter

ggf. Kostenträger

ggf. Arbeitgeber

DE/

Vorgeschichte

(bzw. Unfallhergang)

Patientin war zuletzt am 12.3.2018 in der IHA Campus Mitte vorstellig. Bitte hierzu siehe Neuro Schein, da Patient sich mit absolut gleicher Symptomatik vorstellt (Gibt an unter MS zu leiden, will Methylprednisolon iv haben). Zuletzt habe er am letzten Dienstag eine LP erhalten. Wenn man ihm nicht Predni iv gäbe wäre das nicht ethisch und er droht mit rechtlichen Folgen. Der Patient drängt darauf, dass man seine ca 5 dicken Aktenordner durchsieht sowie alle seine im Laptop gespeicherten PDF Bilder ansieht. Mölich darauf angesprochen, dass man dies jetzt nicht machen kann, wird er aufopfig und anmaßend. Der Patient berichtet, sich heute 3 mal nicht blutig erbrochen zu haben. Weitere Beschwerden bestehen (internistisch) nicht. Keine Dyspnoe, keine AP Symptomatik, keine Stuhlunregelmäßigkeiten oder Dysurie, Allergien sind nicht bekannt. Hauptbeschwerden sind neurologischer Art (Schwindel, intermittierend Sehstörungen, BWS BWS Beschwerden).
..... VE:
V.a. MS (unsichere Diagnose)
..... Med:
"Interferon" (mehr gibt der P nicht an)

Befund

Patient in stabilem Allgemeinzustand und gutem Ernährungszustand. Zeitlich, örtlich und zur Person orientiert. Haut: Blasse, keine Cyanose, kein Ikterus. Kopf/ Hals: RNP indolent, RNM frei, Mundschleimhäute und Zunge reizlos. Zahnstatus sanft und unauffällig. Pupillen rund, mittelweit, isokor. Lichtreaktion bds. prompt, keine Struma palpabel. Zervikale Lymphknoten nicht tastbar. Cor: Herztöne rhythmisch, normofrequent, HT rein, kein HG, keine Fortleitungen. Pulm: Lungengrenzen bds. atemverschieblich, VAO bds., sonorer Klopfschall, keine RG, keine Spastik. Thorax: WS ohne Klopfschmerz. Nierenlager: bds. frei. Abdomen: Regelrechte Peristaltik über allen Quadranten. Bauchdecke weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, keine Resistenz. Leber und Milz nicht palpabel. Extremitäten: Warm, Trocken. Keine Ödeme. Periphere Pulse allseits tastbar.

Diagnostik

RR:117/68 mmHg;Puls:93/min; Atemfrequenz:16/min; Herzfrequenz:93/min; SaO2:99%;

Diagnostik sonst:

Diagnosen

ICD-Code

M54.2

Gewissheit

Verdacht

Diagnosentext

HWS-Beschwerden

Lokalisation

CHARITÉ
Forschungszentrum Berlin für Experimentelle und Klinische Medizin und Biologie

Campus Virchow-Klinikum internistische Rettungsteile
Augustenburger Platz 1 - 13353 Berlin
Tel. 030-450 553 000, Fax 030-450 553 912
Fall - Nr. 0311737242-9

Fachabt. CVK Aufnahmefachteil.lnn. (WAUFN)

Beh OE. Zentr. 1.Hilfe Innere Med/Kard (WZEN-EHI)

Behandlungstag.-Uhrzeit 16.03.2018 21:28

Entlassungstag.-Uhrzeit 17.03.2018 00:08:

Einbringender Transport selbst /

Ausbringender Transport:

Seite 2 von 2
Jana, Narendra Nirmal * 27.10.84 WZEN-EHI 16.03.2018 21:28 Fall - Nr.: [311737242] Zentrale Notaufnahme Nr. 80005089 . 01

Therapie

Weiterleitung Neurologie. Der Patient entschied sich für eine stationäre Aufnahme

Weiterleitung int. Neurologie

Vitalparameter	Erstwerte	Verlaufswerte	Entlassungswerte
Atemfrequenz	16/min	16.03.18 21:45	
Herzfrequenz (HF)	93/min	16.03.18 21:45	
O2-Sättigung	99%	16.03.18 21:45	
Puls	93/min	16.03.18 21:45	
RRgesamt	117/68mmHg(re. Arm)	16.03.18 21:45	
Temperatur Ohr	36,9°C	16.03.18 21:45	

Allergien

Nicht bekannt

(X) ärztliche Weiterbehandlung empfohlen

Berlin, den 15.03.2019 / 12:33:41

Unterschrift:

Schumacher, Pia

Patienten-

information

Bei Verschlechterung/ Verschlimmerung ihres Zustandes wenden Sie sich während der Sprechstundenzeiten bitte an einen niedergelassenen Arzt/ eine niedergelassene Ärztin. Bei akuter Verschlechterung während der Sprechstundentfreien Zeiten der Praxen, ist auch eine Wiedervorstellung in einer unserer zentralen Notaufnahmen möglich.

Vermerk des Kostenträgers:

Leistungsanspruch: besteht () besteht nicht ()

sonstiges

Stempel/ Datum:

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Miners
Selbstzahler						
Name, first name of the insured Jana Narendra Nirmal 10117 Berlin Chariteplatz 1				B. On: 27.10.84		
Campus Virchow-Klinikum Internistische Rettungsstelle Augustenburger Platz 1 - 13353 Berlin Tel. 030-450 553 000 – Fax 030-450 553 912 Fall – Nr. 0311737242-9 Fachabt. CVK Aufnahmefachabte il.Inn. (WAUFN) Beh OE. Zentr. 1.Hilfe Innere Med/Kard (WZEN-EHI)						
Cash-NO:		Survey no:		Status:		
				000		
Cash doctor no:		VK valid until:		Date:		
72 74102				15.03.19		
Of treatment, Time: 16.03.2018 21:28 Discharge day, time: 17.03.2018 00:08: Carrying transport: even/ Carrying out transport:						

Central emergency room Nr. 80005089 . 01

Possibly insured person	Name: Address:	Birthday: Tel.-Nr.
If necessary, insurance provider if necessary employer	DEI	

Prehistory (or accidental)	Patient was last reviewed on 12.3.2018 in the Ina Campus center. Please see neuro, as patient presents with absolutely the same symptom (gives them to ms up to ms, does methylprednisolone IV have). Last one lasted a LP on last Tues. If you did not give him a prednii iv that's not ethical and he threatens to legal followers. The patient disrupts that one can see its approx. 5 thick files foldings and all the MRI images stored in the laptop. Politely addressed that you can not do this, it will be misery and prevalent. The patient reports that they did not have blocked today 3 times. "Adjusts other (internalistic) not. No dyspnoe, no ap symptoms, no chair unrecognition or dysuria. Allergies are not known. Main complaints are neurological nature (dizziness, intermittent visual vision, BWS HWs complaints). +++++ VE: V.A. MS (unsafe diagnosis) +++++ Med: "Interferon" (the P does not indicate more)
Findings	Patient in stable general condition and good nutritional state. Timely, locally and to the person. Orientation: Bleach, no cyanosis, no ictus. Head / Neck: Nap ~ Indolent, NNH free. Owner mucous membranes and tongue cremation.

	Dental status renovated and inconspicuous. Pupils round, medium, isocoro. Light reaction BDS. Prompt, no struma palpabel. Cervical lymph nodes are not tactile. Cor: hearts thab, rim, no more profit, no ltd, no solids. Pulmo: lung bounds BDS. Breath-wishes. Vag BDS., Sonor knockup sound, no RG, no spastic. Thorax: WS without knock pain, kidney camp: BDS. Free. Abdomen: Relawt peristaltic about all quadrants. Abdominal cover, soft pressure, no defense voltage, no resistance. Liver and spleen not palpabel. Extremities: warm. Dry. No edema. Peripheral pulses on the table.
--	--

Diagnoses	RR: 117/68 mmHg; Puls :93 /min; Atemfrequenz:16/min; Herzfrequenz:93/min; SaO2: 99%;
-----------	---

Diagnostic otherwise:

Diagnoses			
ICD-Code	Certainty	Diagnosentext	Localization
M54.2	Suspected	HWS-Complaints	

Therapy	Fueling Neurology. The patient decided to stand a lot of stationary
---------	---

Forwarding int.	Neurology
-----------------	-----------

Vitalparameter	Initial Values		Historical Values	Discharge Values
Respiratory frequency	16/min	16.03.18 21.45		
Heart Rate (HF)	93/min	16.03.18 21.45		
O2 saturation	99%	16.03.18 21.45		

Pulse	93/min	16.03.18 21.45		
Rotal total	117/68mmHg(re. Arm)	16.03.18 21.45		
Temperature ear	36,9°C	16.03.18 21.45		

(X) medical treatment recommended

Berlin, 15.03.2019 / 12:35:15

Signature: _____
Schumacher, Pia

Patient Information - Information	In deterioration / worsening of your condition, please contact a separate physician and a separate physician during the consulting tale. At acute worsening during the consulting hours of the established physician / the established drug, a re-introduction is also possible in a rescue.
-----------------------------------	--

• AOK • LKK • BKK • IKK • VSAK • AEV • Knappschaft

Selbstzahler
Name, Vorname des Versicherten: **Jana Narendra Nirmal** geb. am: **27.10.84**
10117 Berlin
Charitéplatz 1
Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____
Kassenarzt-Nr.: _____ VK gültig bis: _____ Datum: _____
72 74 102 15.03.19



Campus Virchow-Klinikum Internistische Rettungsstelle
Augustenburger Platz 1 • 13353 Berlin
Tel. 030-450 553 000 • Fax. 030-450 553 912
Fall - Nr. 0311737242-9
Fachabtl. Neurolog.Klinik (WE10)-Wedding (WNEURO)
Beh. OE. Zentr. 1.Hilfe Innere Med/Kard (WZEN-EH)
Behandlungstag, -Uhrzeit: **17.03.2018 09:11**
Entlassungstag, -Uhrzeit: _____
Einbringender Transport: _____
Ausbringender Transport: _____

Zentrale Notaufnahme Konsil Nr. 80005089 . 02

ggf. Haupt-versicherter Name: _____ Geburtsdag: _____
ggf. Kostenträger Adresse: _____ Tel.-Nr. _____
ggf. Arbeitgeber OE/ _____

Vorgeschichte (bzw. Unfallhergang)
Wiedervorstellung des Patienten nach erstmaliger Vorstellung am 12.03.2018 mit diffuser Klinik bestehend aus occipitalen und nuchalen Schmerzen, Konzentrationsstörung, Schwäche in beiden Armen und beiden Beinen (hier linksbetont) sowie einem Taubheitsgefühl im rechten Bein (L5) und einer median begrenzten Hemihypästhesie links. Die o.g. Symptomatik kenne er rezidivierend in monomorpher Ausprägung im Rahmen einer 2008 diagnostizierten MS. Die aktuelle Exazerbation der Symptomatik bestehe seit nunmehr 2 Wochen. Der Patient bringt einen Stapel Unterlagen sowie diverse MRT Aufnahme auf seinen Computer mit (ca. 10 cMRT (1) und 7 spinale MRT (1) seit 2008). Hier zu sehen sind zwei allenfalls flache Hyperintensitäten im Bereich der Hinterhörner, welche, soweit beurteilbar stabil erscheinen, keine weiteren Läsionen sichtbar. Der Patient beschreibt Bandscheibenprotrusionen als Folge der wiederholten Myeloninflammation. Ihm helfe in solchen Episoden immer Kortisonstherapie über 5 Tage. Zudem nehme er unregelmäßig RebiL ein. Die Diagnose einer MS sei laut Patient 2008 aufgrund der cMRT Veränderungen sowie durch das Ansprechen auf Kortison in Mexiko gestellt worden. Keine LF damals erfolgt, keine Elektrophysiologie. Laut Patient wiederholte transiente Sehstörungen (VEPs) bislang nicht erfolgt). Eine durchgeführte Lumbalpunktion vor wenigen Tagen, ergab kein Nachweis von OKBs. Im Gespräch wünscht der Patient wiederholt Methylprednisolon. Keine weiteren VE bekannt.

Befund
Wach, zu allen Qualitäten voll orientiert, kein Meningismus jedoch occipital und nuchale Schmerzen bei der Kopfinklination. Hirnnerven: Gesichtsfeld bitemporal eingeschränkt, regelrechte Okulo- und Pupillomotorik, metrische Willkürsakkaden und glatte Blickfolge. Kein Spontan- oder Blickrichtungsnystagmus, strong median begrenzte Hemihypästhesie Gesicht links, mässige und Kaudikulatur Intakt, Gehör subjektiv gut. Seitengleich angehobenes Gaumensegel mit mittelständiger uvula, Zunge wird gerade herausgestreckt, kein Zungenbiss. Reflexe: Muskeleigenreflexe seitengleich mittelmäßig auslösbar, keine Reflexsteigerungen, keine verbreiterten Reflexen, kein Fußklonus, Palmarplantarreflex lds. Negativ, keine Pyramidenbahnzeichen. Motorik: Rechtsbändig mit leichter Hypotrophie und normotoner Muskulatur. Ablenkbares Absinken im BHV links ohne Pronation, zudem zwischenzeitlich Eindruck der normalen Kraftentfaltung (z.B. Bein Ausstrecken des T-Shirts). Spasmodischer Absinken im BHV links, Bradydiadochokinese. Sichere Zeigerversuche, Stand und Gang möglich, unsicherer Gangbild mit Gehilfe. Median begrenzte Hypästhesie links sowie im L5 Segment des rechten Beines. Bauchhautreflexe seitengleich lebhaft.

Röntgen / weitere Diagnostik
Labor: siehe Anhang

Diagnostik sonst:

Diagnosen

Elektronische Rezeptübertragung

Seite 2 von 2
Jana, Narendra Nirmal * 27.10.84 WZEN-EH 17.03.2018 09:11 Fall - Nr.: [0311737242] Zentrale Notaufnahme Konsil Nr. 80005089 . 02

ICD-Code	Gewissheit	Diagnosentext	Lokalisation
M54.2	Vordacht	HWS-Beschwerden	

Therapie
Vorstellung bei diffuser Symptomatik bestehenden aus occipitalen und nuchalen Schmerzen, sensomotorischen Hemisynon links, letztlich gibt der Patient zudem eine bitemporale Hemianopsie an. IM Untersuchungsablauf jedoch analog zum Voraufenthalt inkonsistente Befunde. Liquor vom 13.03.2018 blande, keine Schrankenstörung/keine Pleozytose, keine OKBs. Stationäre Aufnahme zur Sortierung der Befunde, ggf. Ergänzung der B-Phys Befunde. Bei insgesamt fraglicher MS aktuell keine Gabe von Methylprednisolon.

Vitalparameter	Erstwerte	Verlaufswerte	Entlassungswerte
Atmenfrequenz	16/min	16.03.18 21:45	
Herzfrequenz (HF)	93/min	16.03.18 21:45	
O2-Sättigung	99%	16.03.18 21:49	
Puls	93/min	16.03.18 21:45	
RRgemitt.	117/68mmHg (e. Arm)	16.03.18 21:45	
Temperatur Ohr	36,9°C	16.03.18 21:45	

(X) ärztliche Weiterbehandlung empfohlen

Berlin, den 15.03.2019 / 12:33:49

Unterschrift:

Dr. med. Streilberger, Kaspar

Josche

Patienten-information
Bei Verschlechterung/ Verschlimmerung ihres Zustandes wenden Sie sich während der Sprechstundenzeiten bitte an einen niedergelassenen Arzt/ eine niedergelassene Ärztin. Bei akuter Verschlechterung während der Sprechstundenfreien Zeiten des niedergelassenen Arztes/ der niedergelassenen Ärztin ist auch eine Wiedervorstellung in einer Rettungsstelle möglich.

Vermerk des Kostenträgers:

Leistungsanspruch: besteht () besteht nicht ()

sonstiges

Stempel/ Datum:

English:

<table border="1"> <tr> <td>AOK</td> <td>LKK</td> <td>BKK</td> <td>IKK</td> <td>VdAK</td> <td>AEV</td> <td>Knappschaft</td> </tr> </table>							AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft								
Selbstzahler														
Name, first name of the insured Jana Narendra Nirmal 10117 Berlin Chariteplatz 1				B. On: 27.10.84		Campus Virchow-Klinikum Internistische Rettungsstelle Augustenburger Platz 1 - 13353 Berlin Tel. 030-450 553 000 – Fax 030-450 553 912 Fall – Nr. 0311737242-9 Fachabt. Neurolog.Klinik (WE10)-Wedding (WNEURO) Beh OE. Zentr. 1.Hilfe Innere Med/Kard (WZEN-EHI)								
Cash-NO:		Survey no:		Status:		Of treatment, - Time: 17.03.2018 00:11 Discharge day, time: Carrying transport: even/ Carrying out transport:								
Cash doctor no: 72 74102		VK valid until:		Date: 15.03.19										

Central emergency room Nr. 80005089 . 02

Possibly insured person	Name: Address:	Birthday: Tel.-Nr:
If necessary, insurance provider if necessary employer	DEI	

Prehistory (or accidental)	Recovery of the patient after initial presentation on 12.03.2018 with diffuse clinic consisting of occupational and nuchal pain, concentration disturbance, weakness in both arms and two legs (here left-boned) and a deafness feeling in the right leg (L5) and a median limited hemihyphasthesia left. The o .g. Symptomat knows he recurrently in monomorphery expression in the framework of a 2008 dignized Ms. The current exacerbation of symptoms have been for 2 weeks now. The patient brings a stack of documents and various MRIs. Recent on the computer. (On the case of his computer) (about 10 CMRT (!) And 7 spinal (Most) (200) Since 2008). Here are two alternatives, the flyer hypercontinants in the area of the backlines, which, as far as judgmentably, stable, no more lesions appear. The patient describes disclosures disclosure discrosures as a result of repeated myelon inflammation. His ecsidone is always made of a few days of 5 days. In addition, he suppose IRREIF Rebif. The diagnosis of an MS were according to Patient 2008 due to the CMRT changes as well as the contact of the cortison in Mexico. No LP then at least no discharge system is replaced by the patient repeated transient vision (VEPs so far did not take place). A duly done in a few days, no evidence of OCBs. In conversation, the patient repeatedly wins methylprednisolon. No further VE known.
-----------------------------------	--

X-ray / further diagnostics

Laboratory: see App

Findings	Way, alive, or all the quality of the head clinic, and a meningism, and a nechapine, painting in the head clinical. Craftswood: Facial field Bitemporal limited, purified oculos and pupillomotorics, metric arisant and curtailing. No spontaneous or blurry-eight-daydesty. Strict Median limited hemihypeshetic face left, mimic and hardware, intestine, beaf subjectively good. Page-based raised gaze savings with medium-sized Uvula, tongue is just exhausted, no tongue biss. Reflexes: muscle-reflexed side-reaching row-rigidly noise, no reflex increases, non-widened reflexions, no footwell, palmomental truex BDS. Negative, no pyramid tracks. Motor: Law hand with easy hypotrophors and normoton muscles. Distributable drop in AHV Links without pronation, also in the meantime impression of normal force defeating (eg when tuning the t-shirt). Episodelaw falling in the BHV link. Bradydiadochokinese. Secure vision tests, stand and gang possible, uncertain gang picture with hostel. Median limited hyphesthesia left and in the L5 segnitant of the right leg. Bauchahrufrelexe sighting agent.
----------	--

X-ray / other diagnostics	Laboratory: see attachment
---------------------------	----------------------------

Diagnostic otherwise:

Diagnoses			
ICD-Code	Certainty	Diagnosentext	Localization
M54.2	Suspected	HWS-Complaints	

Therapy	Presentation of diffuser symptomatic existing from occupational and nucheral pain, sensoromotic hemisyndrome on the left, last studio, the patent also gives a bit-porceal hemianops. In the investigation, however, analogous to the activity of inconsistent findings. Liquor of 13.03.2018 Blade, no barrier disorder / no pelocytosis, no OCBs. Stationary recording for sorting findings, if necessary supplementation of the e-phys finds. In a case of a question MSPT, no doubt of methylprednisolone.
---------	--

Forwarding int.	Neurology
-----------------	-----------

Vitalparameter	Initial Values	Historical Values	Discharge Values
Respiratory frequency	16/min 16.03.18 21:45		
Heart Rate (HF)	93/min 16.03.18 21:45		
O2 saturation	99% 16.03.18 21:45		

Pulse	93/min 16.03.18 21:45		
Rotal total	117/68mmHg(re. Arm) 16.03.18 21:45		
Temperature ear	36,9°C 16.03.18 21:45		

(X) medical treatment recommended

Berlin, 15.03.2019 / 12:33:49

Signature

Dr. med. Streitberger, Kaspar Josche

Patient Information - Information	In deterioration / worsening of your condition, please contact a separate physician and a separate physician during the consulting tale. At acute worsening during the consulting hours of the established physician / the established drug, a re-introduction is also possible in a rescue.
---	--

The next document goes into detail as to how the Lumbar Puncture test results are falsified or prefabricated.