

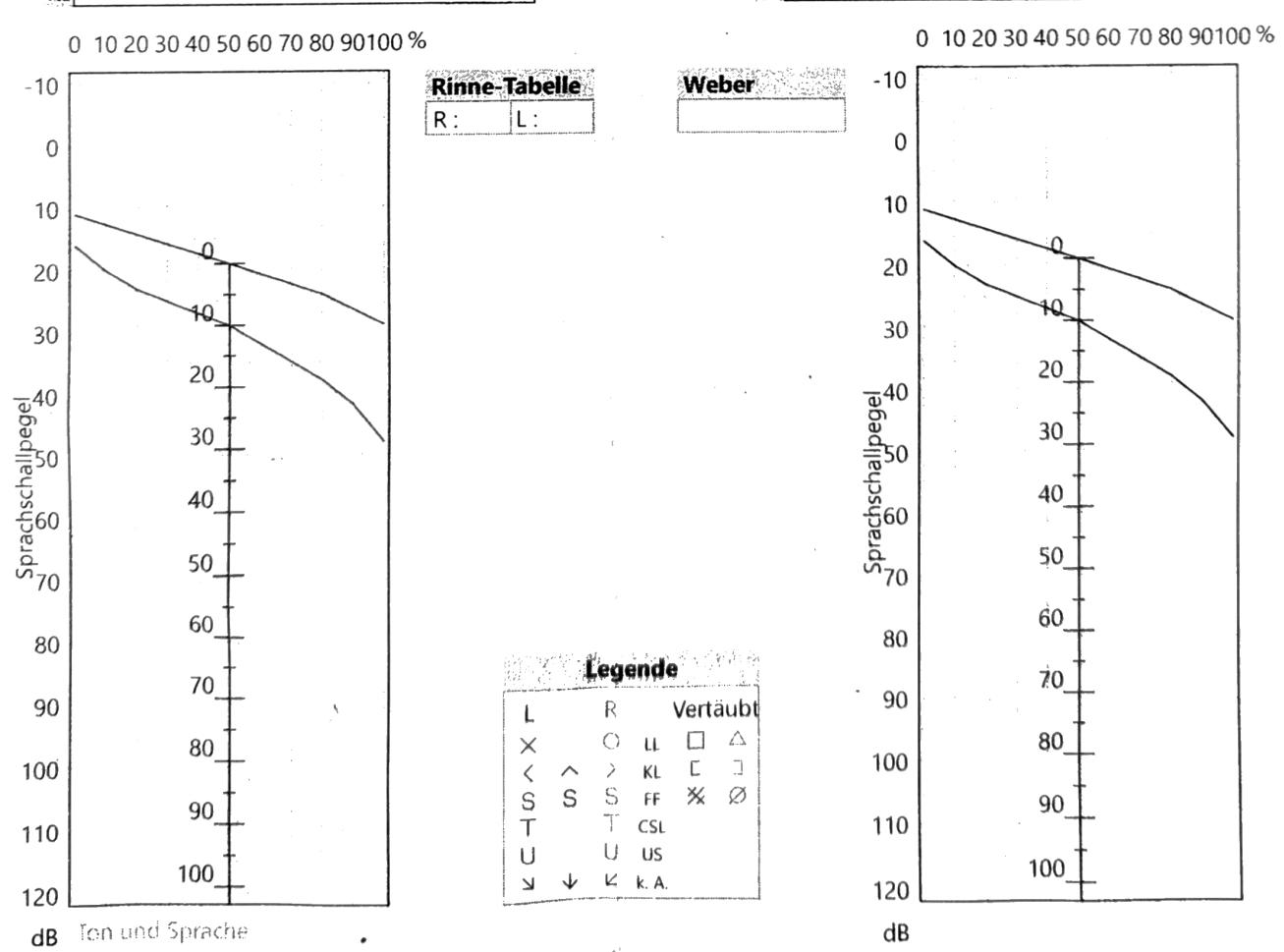
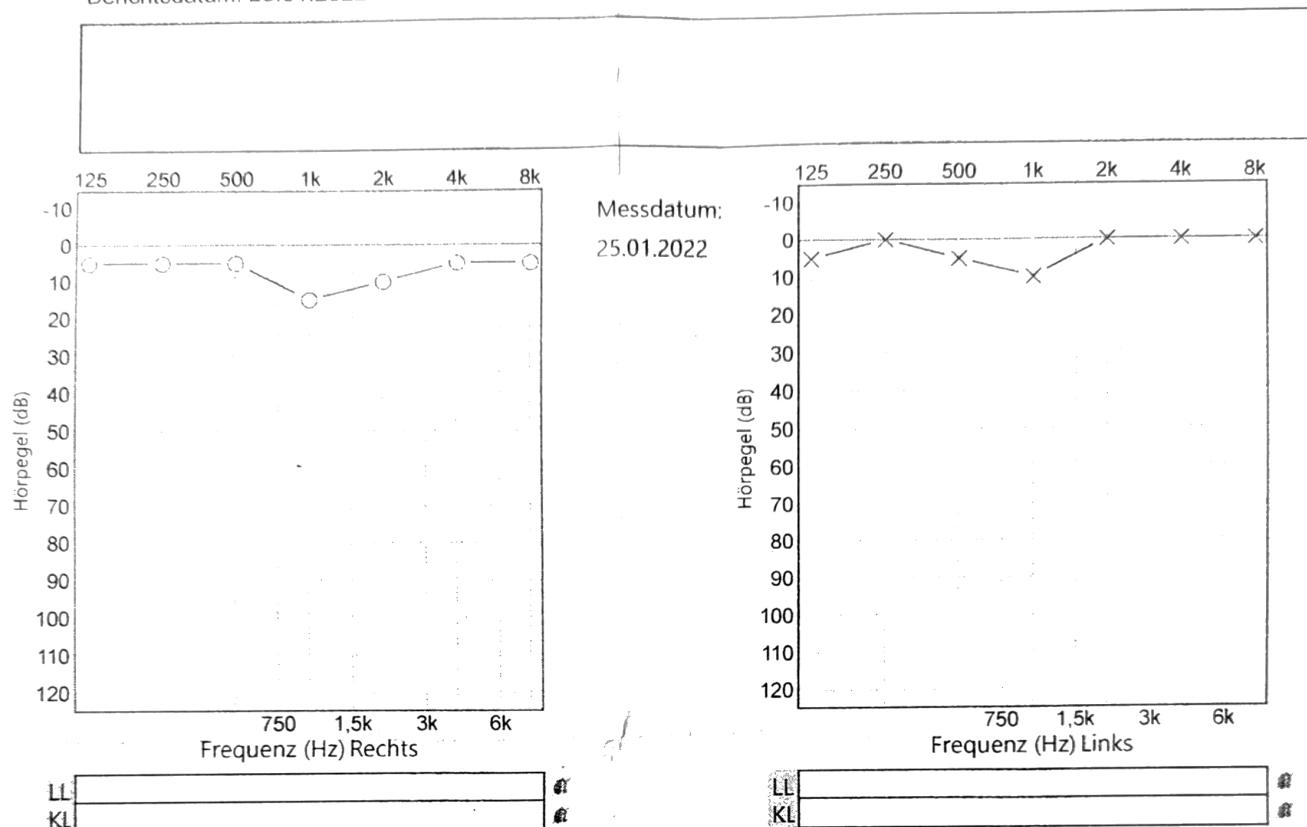
Lawson Boemigmann

OTOSuite®

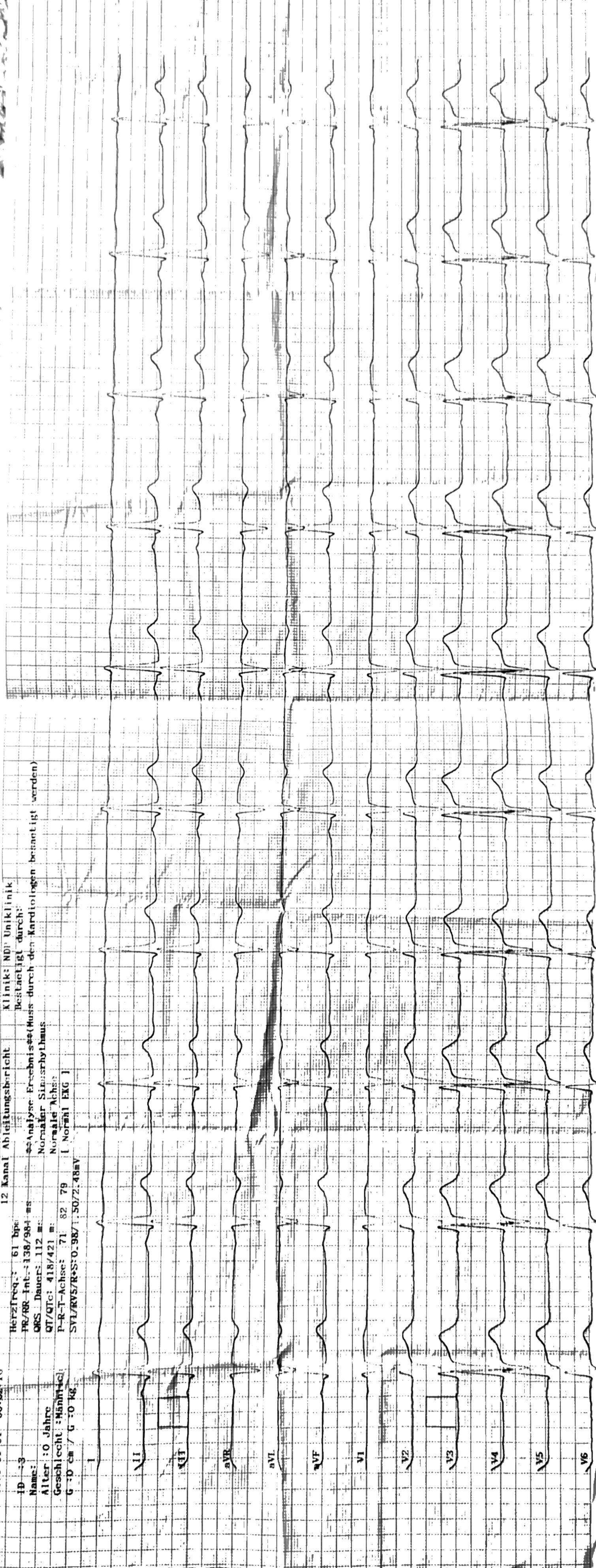
Alter: 34

Geburtsdatum: 26.10.1987

Berichtsdatum: 25.01.2022



1970-01-01 00:02:16
 I-B-33
 Name: Alter: 0 Jahr
 Geschlecht: männlich
 Gr. 67 G. 70 kg



Lawson Boemigan Jannick
*26.10.1987, ♂
C326221
Re. Daumen LAT

29.06.2021 10:46:53
50 kV
2.5 mAs
0.030 dGy cm²



Piotrowski^Wolfgang
Klinik am Ring
Hohenstaufenring 28, 50674 Köln

S 598
W: 65533
C: 32768

Lawson Boemigan Jannick
*26.10.1987, ♂
C326221
Re. Daumen VD

29.06.2021 10:47:18
50 kV
2.5 mAs
0.060 dGy cm²



Piotrowski^Wolfgang
Klinik am Ring
Hohenstaufenring 28, 50674 Köln

S 629
W: 65523
C: 32773

Praxis: Gemeinschaftspraxis Dr. Piotrowski u. Fr. Bergmann, 50676 Köln, 0221 / 247820
Laborblatt vom 15.01.2018 Patient: Jannick Lawson Boemigan, 26.10.1987

Verfahren	Normwert (Einheit)	09.01.18	Datum 2	Datum 3	Datum 4	Datum 5	Datum 6
TSH-1	0.25-4.04 (mU/l)	3.14					
CRP	< 5		<1 mg/l				
Chol	< 200 (mg/dl)		115				
SGPT	< 50 (U/l)		20				
SGOT	< 50 (U/l)		25				
Y-GT	< 60 (U/l)		16				
GFR/MDRD	---		>90 ml/m				
Krea	0.67-1.17 (mg/dl)	0.84					
Glu-S	74-100 (mg/dl)	71	-				
Throm	146-328 (/nl)	303					
EVB	< 15.0 (%)	13.2					
MCHC	33-36 (g/dl)	34					
MCH	28-33 (pg)	27	-				
MCV	80.0-96.0 (fl)	80.0					
Hkt	0.40-0.53 (l/l)	0.41					
Hgb	13.5-17.8 (g/dl)	13.8					
Ery	4.40-5.90 (/pl)	5.11					
Leuko	3.7-9.9 (/nl)	6.0					
klBBmT		X					

Dr.med. Uta Schlossberger
Hautärztin-Allergologie-Laser
Ästhetische Dermatologie
Alter Markt 36-42
50667 Köln
Tel: 0221-9259580 / Fax: 9259583
www.drschlossberger.de
LANR: BSNR: #_B_S_N_R

Lawson Boemigan, Jannick 26.10.1987 [124395] M pronova BKK

22.10.15

IgE Gesamt	0-0	108,89
Dermatophagoides pte	0-0	3,20
Roggen	0-0	1,80
Gräsermischung	0-0	3,00
Bäume-Mischung	0-0	2,40

IgE Gesamt Normwert : < 50,00

IgE Einzeln : 0 = keine Sensibilisierung
5 = sehr starke Sensibilisierung

LABORÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT



Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen
Postfach 100654 41006 Mönchengladbach

37

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. U. Schlossberger
Dr. med. A. Bruns, Dr. W. Heller
PD Dr. med. Th. Jansen
FÄ für Dermatologie
Alter Markt 36-42
50667 Köln

TEL : 0221/9259580 FAX : 9259583

ENDBEFUND

vom 19.09.15 16:43
LG-Nr. : 38464031

Eingang: 18.09.15 17:36

Postfach 100654 Wallstraße 10
41006 Mönchengladbach 41061 Mönchengladbach

DR. STEIN + KOLLEGEN

Medizinisches Versorgungszentrum
Laboratoriumsmedizin,
Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie,
Virologie, Transfusionsmedizin und
Humangenetik GbR

ORIGINAL

Archivbefund
vom 21.09.2015
Seite 1/2
Telefon 02161/81940
Telefax 02161/819450

VIELEN DANK FÜR IHRE ÜBERWEISUNG. WIR ERHOBEN FOLGENDEN BEFUND:

Patient	Geburtsdatum	Kasse	Eingangsdatum/Tagesnummer	Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen Wallstraße 10, 41061 Mönchengladbach Telefon 02161/81940
LAWSON BOEMIGAN, JANNICK	26.10.1987 M	49402	18.09.15 0443372751	
Befunddatum	19.09.15	Ergebnis		Referenzbereich / Th. Bereich
LG-Nr. :	38464031			

Material: Vollblut, EDTA-Blut (Eingang: 17:36)

HÄMATOLOGIE

Kleines Blutbild

Leukozyten	5.4	/nl	4.2 - 9.1
Erythrozyten	5.1	/pl	4.6 - 6.1
Hämoglobin	13.4	g/dl	13.7 - 17.5
Hämatokrit	41.2	%	40.1 - 50.0
MCV	80.6	f1	79.0 - 92.2
MCH	26.2	pg	25.7 - 32.2
MCHC	32.5	g/dl	32.0 - 36.0
Thrombozyten	337	/nl	150 - 400

KLINISCHE CHEMIE

Bilirubin gesamt	0.8	mg/dl	< 1.2
GOT (ASAT)	24	U/l	< 50
GPT (ALAT)	24	U/l	< 50
γGT	14	U/l	< 60

PROTEINDIAGNOSTIK

Tumormonitoring



Deutsche
Akreditierungsstelle
D-ML-13232-01-00

InBody

[InBody770]

ID	Größe	Alter	Geschl.	Datum & Testzeit
141222-3	185cm	35	Männlich	07.12.2022 18:19

Körperzusammensetzungsanalyse

	Werte	Gesamtkörperwasser	Weiche Magermasse	Fettfreie Masse	Gewicht
Gesamtkörperwasser (L)	53.9 (49.2~51.7)	53.9	69.4 (54.4~66.4)		
Proteine (kg)	14.6 (11.3~13.9)			73.6 (57.6~70.4)	
Mineralien (kg)	5.08 (3.91~4.78)				89.5 (64.0~86.6)
Körperfettmasse (kg)	15.9 (10~18.1)				

Muskel-Fett-Analyse

	Unter	Normal	Über	
Gewicht (kg)	35 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %		89.5	
SMM Skelettmuskelmasse (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		42.1	
Körperfettmasse (kg)	40 60 80 100 160 220 280 340 400 460 520 %		15.9	

Fettlebigkeitsanalyse

	Unter	Normal	Über	
BMI Körper-Masse-Index (kg/m ²)	10.0 15.0 18.5 22.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		26.2	
Körperfett (%)	2.0 5.0 10.0 15.0 20.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0		17.8	

Segmentale Mageranalyse

	Unter	Normal	Über	EZW/GKW
Rechter Arm (kg) (%)	85 100 115 130 145 160 175 %	4.22		0.370
Linker Arm (kg) (%)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 %	4.24		0.370
Rumpf (kg) (%)	75 80 90 100 110 120 130 140 150 %	31.8		0.373
Rechtes Bein (kg) (%)	75 80 90 100 110 120 130 140 150 %	11.61		0.371
Linkes Bein (kg) (%)	75 80 90 100 110 120 130 140 150 %	11.61		0.376

Körperwasseranalyse

	Unter	Normal	Über	
EZW/GKW-Verhältnis	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450		0.373	

Veränderung der Körperzusammensetzung

Gewicht (kg)	89.5				
SMM Skelettmuskelmasse (kg)	42.1				
Körperfett (%)	17.8				
EZW/GKW-Verhältnis	0.373				
Neueste □ Gesamt	07.12.22 18:19				

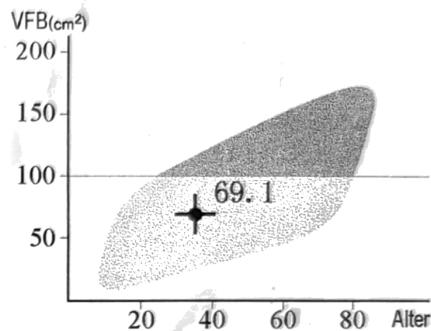
① Prüfen der Impedanz.

Fitnessbewertung

87/100 Punkte

* Die Punktzahl bewertet die Körperzusammensetzung. Eine muskulöse Person kann über 100 Punkte erhalten.

Viszeraler Fettbereich



Gewichtsempfehlung

Zielgewicht	86.6 kg
Gesamt-+/-	-2.9 kg
Davon Fett	-2.9 kg
Davon Muskeln	0.0 kg

Segmentale Fettanalyse

Rechter Arm (0.7kg)	107.7%
Linker Arm (0.7kg)	106.7%
Rumpf (8.7kg)	182.3%
Rechtes Bein (2.3kg)	118.6%
Linkes Bein (2.3kg)	117.4%

Zusätzliche Daten

Intrazelluläres Wasser	33.8 L	(26.3~32.1)
Extrazelluläres Wasser	20.1 L	(16.1~19.7)
Grundumsatz	1959 kcal	(1849~2178)
Taille-Hüfte-Verhältnis	0.87	(0.80~0.90)
Körperzellmasse	48.4 kg	(37.6~46.0)

QR-Code zur Ergebnisauswertung

Scannen Sie den QR-Code, um detaillierte Erklärungen zu den Ergebnissen zu sehen.



Phasenwinkel

ϕ(50 kHz) 6,8°

Impedanzen

	RA	LA	RU	RL	LL
2(Ω) 1 kHz	319.5	317.2	26.6	261.0	256.0
5 kHz	310.6	309.0	25.6	253.7	249.2
10 kHz	265.0	264.8	20.4	215.2	212.5
250 kHz	235.4	234.7	16.7	191.9	189.9
500 kHz	226.6	226.0	16.9	187.4	185.6
1000 kHz	221.2	220.1	14.9	184.1	181.9

Fragebogen ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

Barmenia
VersicherungenName: LFWSON, JannikGeb.datum: 26.10.87Beruf: StudentVersicherungsnummer: 0010101124086 P1.1. **Allgemein:** Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus ?

(auch Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pollen (z.B. Gräser, Bäume) | <input type="checkbox"/> Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hausstaubmilben, Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Kosmetika, Reinigungs-/Desinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Tiere (z.B. Katzen, Vögel) | <input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe |
| <input type="checkbox"/> Bienen, Wespen | <input type="checkbox"/> Arbeitsstoffe (z.B. Kunstharze, Lösemittel) |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Licht, Wärme, Kälte |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, -zusatzstoffe | <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. „Umweltsyndrome“/MCS) |

Welche?

1a Seit wann tritt bei Ihnen die allergische Unverträglichkeit/Erkrankung auf ?

- 0-5 Jahre >5-10 Jahre mehr als 10 Jahre

2. **ATEMWEGE:** Bestehen oder bestanden bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** folgende Krankheitserscheinungen:

		Nein	Ja	
2a	allergische Rhinitis, Heuschnupfen, Pollinosis, Bindegauzentzündung, Dauerschnupfen (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>mit Behandlung/Beschwerden: <input checked="" type="checkbox"/> zeitlich begrenzt auf ... 3 Wochen pro Jahr <input type="checkbox"/> über das gesamte Jahr</p> <p>Art der medikamentösen Behandlung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> Dauermedikation</p> <p><input type="checkbox"/> Nasenspray/-tropfen/- salbe ohne/mit Kortison</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten</p> <p><input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Kortisontabletten</p> <p>Präparatenname(n):</p>
2b	Asthma, asthmatische/spastische Bronchitis, Atemnot (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Art der medikamentösen Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> Dauermedikation</p> <p><input type="checkbox"/> Nasenspray/-tropfen/- salbe ohne/mit Kortison</p> <p><input type="checkbox"/> antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten</p> <p><input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Kortisontabletten</p> <p>Präparatenname(n):</p>
2c	Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>von - bis: <u>01/15 - 03/16</u> (Monat/Jahr)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei</p> <p>seit: (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> derzeit noch Beschwerden/Medikamenteneinnahme</p> <p>Welche ? Seit wann ?</p>
2d	Sonstige Erkrankungen der Atemwege (z.B. chronische Bronchitis, Staublunge, Lungenemphysem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **HAUT:** Bestehen oder bestanden bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** folgende
Krankheitserscheinungen:

		Nein	Ja	
3a	Neurodermitis, atopische Dermatitis endogenes Ekzem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> lokal eng begrenzt – Anzahl der Herde:</p> <p><input type="checkbox"/> flächig ausgetreten</p> <p>Bestand in den letzten 5 Jahren eine Ausbreitungstendenz des Ekzems auf andere Körperregionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
3b	allergisches Kontaktekzem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>von - bis: (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> mehrfach</p> <p><input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit:</p> <p><input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung</p>

Forts. HAUT: Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:

		Nein	Ja	
3c	Urticaria, Nesselsucht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von – bis: (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: <input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung
3d	Arzneimittelexanthem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von – bis: (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: <input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung
3e	Lichtdermatosen / Lichtreaktionen der Haut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von – bis: (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: <input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung

4. WEITERE ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren:

		Nein	Ja	
4a	Insektengiftallergie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyposensibilisierung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von – bis: (Monat/Jahr)
4b	Nahrungsmittelallergie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von – bis: (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: <input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung
4c	Quincke-Ödem, anaphylaktischer Schock	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von – bis: (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: <input type="checkbox"/> derzeit noch in Behandlung

5. Rauchen Sie? Nein Ja

6. Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits angeraten?

Nein

Ja, Bitte nähere Angaben:

7. Treten oder traten allergische Erkrankungen in der Familie auf?

Mutter Nein Ja Vater Nein Ja Geschwister Nein Ja

8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/n Erkrankung(en) in Behandlung?

Name, Anschrift: Dermatologie Alten Markt, Köln, Schlossberge

Hausarzt Dermatologe HNO-Arzt Lungenfacharzt Sonstige

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach.

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt

Es folgen noch Angaben

Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben

Anzahl Extrablätter:

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Köln, 20.03.16

S. Lenz

Ort/Datum

Unterschrift des zu Versichernden

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers