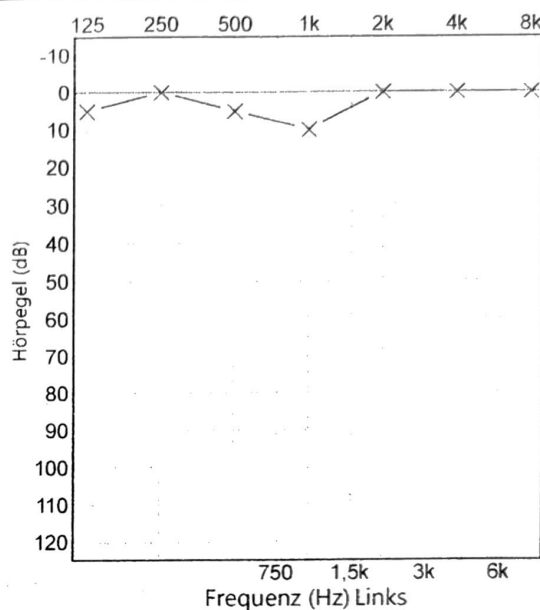
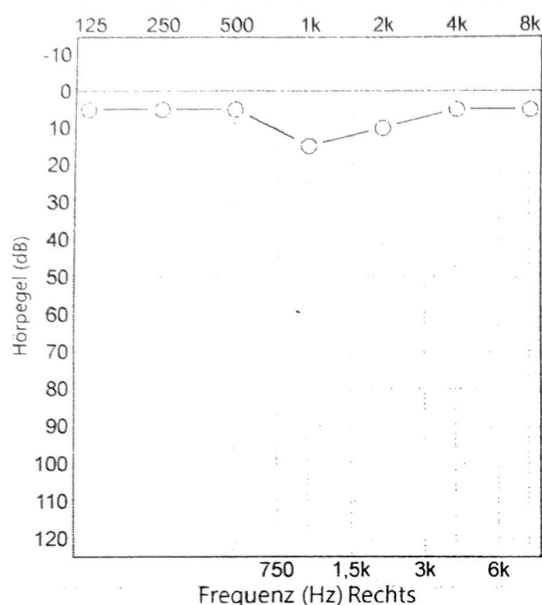


Lawson Boemigannick

Alter: 34

Geburtsdatum: 26.10.1987

Berichtsdatum: 25.01.2022

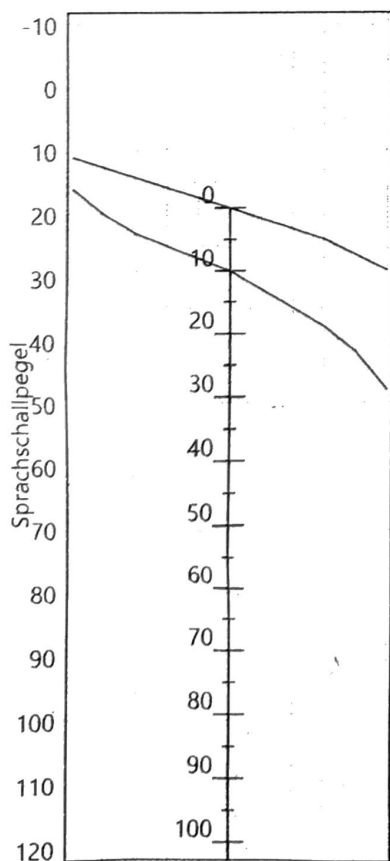


LL  
KL

LL  
KL

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

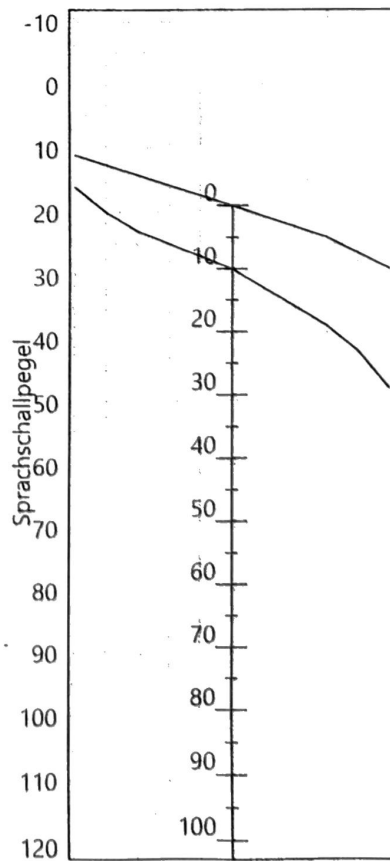
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %



Rinne-Tabelle

R: L:

Weber



Legende

L	R	Vertäut
X	O	LL
<	>	KL
S	S	FF
T	T	CSL
U	U	US
↓	↓	k. A.

dB Ton und Sprache

dB

1970-01-01 00:02:16

ID: 3

Name:

Alter: 0 Jahre

Geschlecht: Männlich

G: 0 cm / G: 0 kg

Herzfrequenz: 61 bpm

PR/RR Int.: 138/984 ms

QRS Dauer: 112 ms

QT/QTc: 418/421 ms

P-R-T-Achse: 71 82 79

SVL/RV5/R+S: 0.98/1.50/2.48 mV

12 Kanal Ableitungsbericht

Klinik: NDI Uniklinik

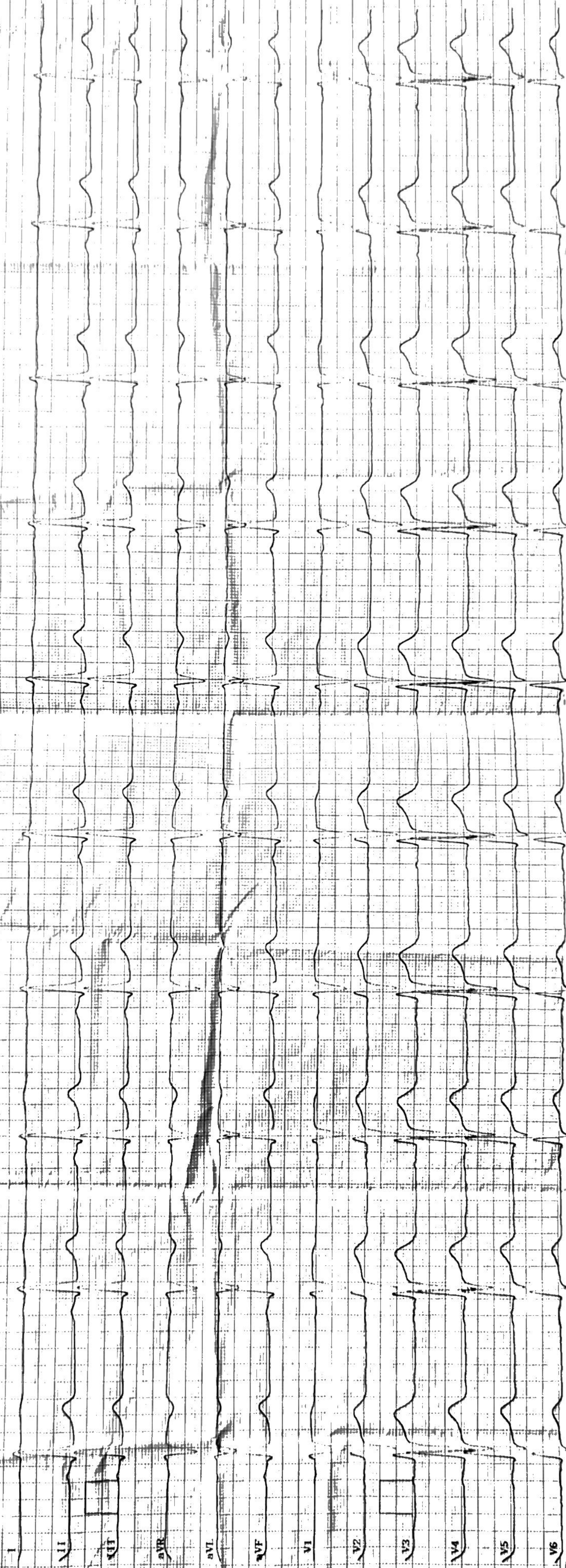
Bestätigt durch:

Ergebnisse: (Muss durch den Kardiologen bestätigt werden)

Normale Sinusrhythmus

Normale Achse

[ Normal EKG ]



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

29.06.2021 10:46:53  
50 kV  
2.5 mAs  
0.030 dGycm<sup>2</sup>

R 1



5 cm

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 dGycm<sup>2</sup>

R



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 Einzel : 0 = keine Sensibilisierung  
5 = sehr starke Sensibilisierung

# LABORÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT



**DR. STEIN + KOLLEGEN**

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

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

## ENDBEFUND

vom 19.09.15 16:43  
LG-Nr. : 38464031

**ORIGINAL**

Archivbefund  
vom 21.09.2015  
Seite 1/2  
Telefon 0 21 61 / 81 94 0  
Telefax 0 21 61 / 81 94 50

Eingang: 18.09.15 17:36  
Postfach 100654 Wallstraße 10  
41006 Mönchengladbach 41061 Mönchengladbach

TEL : 0221/9259580 FAX : 9259583

**VIELEN DANK FÜR IHRE ÜBERWEISUNG. WIR ERHOBEN FOLGENDEN BEFUND:**

Patient	Geburtsdatum	Kasse	Eingangsdatum/Tagesnummer	Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen Wallstraße 10, 41061 Mönchengladbach Telefon 0 21 61 / 81 94 0
<b>LAWSON BOEMIGAN, JANNICK</b>	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	fl	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

*[Handwritten signature]*



Dr. rer. nat. Theo Stein  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
Diplom-Chemiker  
Dr. med. Diemar Dreßow  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
Hämostaseologie  
Dr. med. Beate Roxane Jaeger  
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin  
Fachärztin für Innere Medizin

Dr. med. Hanno Kehren  
Dr. med. Josef van Helden  
Dr. med. Wilhelm Holle  
Dr. med. Oliver Lentzen  
Dr. med. Melanie Roßkothen  
Dr. med. M. L. Wimmer-Dahmen  
Dr. med. Mareen von Tettau  
Dr. med. Inka Schüttert  
Fachärzte und Fachärztinnen für  
Laboratoriumsmedizin

Dr. med. A. Molnar-Mayer  
Dr. med. Heime Rieber  
Dr. med. K.-H. Nachtsheim  
Fachärzte für Mikrobiologie,  
Virologie und  
Infektionsepidemiologie  
Maria-Elisabeth Krömer  
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin  
Transfusionsmedizin

Priv.-Doz. Dr. med. W. M. Kalka-Moll  
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie  
und Infektionsepidemiologie  
Fachärztin für Innere Medizin,  
Infektiologie; DTM&H  
Dr. med. Robert Maiwald  
Facharzt für Humangenetik  
Dr. med. Birgit Fleiter  
Fachärztin für Transfusionsmedizin  
Hämostaseologie

Priv.-Doz. Dr. med. Eray Yagmur  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
Bluttransfusionswesen  
Wolfgang Büchel  
Facharzt für Mikrobiologie, Virologie  
und Infektionsepidemiologie  
Krankenhausthygieniker (BAMI)  
Ärztliches Qualitätsmanagement  
Dr. med. Uwe Werfel  
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie  
und Onkologie, Infektiologie, Arbeitsmedizin

# 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 (45.2~51.7)	53.9	69.4 (54.4~66.4)	73.6 (57.6~70.4)	89.5 (64.0~86.6)
Proteine (kg)	14.6 (11.3~13.9)				
Mineralien (kg)	5.08 (3.91~4.78)				
Körperfettmasse (kg)	15.9 (9.2~18.1)				

## 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 80 100 120 140 160 180 200 220 240 %		15.9

## Fetteinheitsanalyse

	Unter	Normal	Über
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	18.5 22.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		26.2
Körperfett (%)	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)	35 70 85 100 115 130 145 160 175 %		4.22	0.370
Linker Arm (kg)	35 70 85 100 115 130 145 160 175 %		4.24	0.370
Rumpf (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %		31.8	0.373
Rechtes Bein (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %		11.61	0.371
Linkes Bein (kg)	70 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								

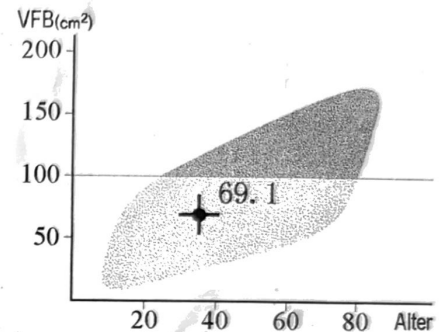
## ① Prüfen der Impedanz.

### 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 (0.7 kg)	107.7%
Linker Arm (0.7 kg)	106.7%
Rumpf (8.7 kg)	182.3%
Rechtes Bein (2.3 kg)	118.6%
Linkes Bein (2.3 kg)	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
Z(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
50 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: LAWSON, JannikGeb.datum: 26.10.87Beruf: StudentVersicherungsnummer: 0012/01124086 P1.

## 1. Allgemein: Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus ?

(auch Mehrfachnennungen möglich)

☒ Pollen (z.B. Gräser, Bäume)☒ Hausstaubmilben, Schimmelpilze☐ Tiere (z.B. Katzen, Vögel)☐ Bienen, Wespen☐ Medikamente☐ Nahrungsmittel, -zusatzstoffe☐ Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt)☐ Kosmetika, Reinigungs-/Desinfektionsmittel☐ Latex, Gummistoffe☐ Arbeitsstoffe (z.B. Kunstharze, Lösemittel)☐ Licht, Wärme, Kälte☐ Sonstige (z.B. „Umweltsynndrome“/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, Bindehautentzündung, Dauerschnupfen (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>mit Behandlung/Beschwerden:</b> <input checked="" type="checkbox"/> zeitlich begrenzt auf <u>3</u> Wochen pro Jahr <input type="checkbox"/> über das gesamte Jahr <b>Art der medikamentösen Behandlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> Dauermedikation <input type="checkbox"/> Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Kortison <input checked="" type="checkbox"/> antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten <input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Kortisontabletten <b>Präparatename(n):</b> .....
2b Asthma, asthmatische/spastische Bronchitis, Atemnot (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Art der medikamentösen Behandlung</b> <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> Dauermedikation <input type="checkbox"/> Nasenspray/-tropfen/-salbe ohne/mit Kortison <input type="checkbox"/> antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten <input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Kortisontabletten <b>Präparatename(n):</b> .....
2c Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	von - bis: <u>04/12/15 - 03/16</u> (Monat/Jahr) <input checked="" type="checkbox"/> behandlungs- und beschwerdefrei seit: ..... (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> derzeit noch Beschwerden/Medikamenteneinnahme
2d Sonstige Erkrankungen der Atemwege (z.B. chronische Bronchitis, Staublunge, Lungenemphysem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Welche ? Seit wann ?</b> ..... ..... .....

## 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"/>	<input type="checkbox"/> lokal eng begrenzt – Anzahl der Herde: ..... <input type="checkbox"/> flächig ausgebreitet Bestand in den letzten 5 Jahren eine Ausbreitungstendenz des Ekzems auf andere Körperregionen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3b allergisches Kontaktekzem	<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

<b>Forts. HAUT:</b> Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:				
3c	Urticaria, Nesselsucht	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <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	Arzneimittlexanthem	<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
<b>4. WEITERE ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN:</b> Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren:				
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
<b>5.</b> Rauchen Sie ? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja				
<b>6.</b> Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits angeraten? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Bitte nähere Angaben: .....				
<b>7.</b> Treten oder traten allergische Erkrankungen in der Familie auf? <b>Mutter</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Vater</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Geschwister</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
<b>8.</b> Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/n Erkrankung(en) in Behandlung? <b>Name, Anschrift:</b> <u>Dermatologie Altes Markt, Köln, Schlossberger</u> <input type="checkbox"/> Hausarzt <input checked="" type="checkbox"/> Dermatologe <input type="checkbox"/> HNO-Arzt <input type="checkbox"/> Lungenfacharzt <input type="checkbox"/> Sonstige .....				
Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben ? <b>(Bitte immer beantworten)</b> <input type="checkbox"/> Zusätzliche Angaben sind beigelegt <input type="checkbox"/> Es folgen noch Angaben <input checked="" type="checkbox"/> Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben      Anzahl Extrablätter: .....				
<b>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.</b>				
<u>Köln 20.03.16</u> <b>Ort/Datum</b>		<u>S. Gensert</u> <b>Unterschrift des zu Versichernden</b>		
..... <b>Ort/Datum</b>		..... <b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>		