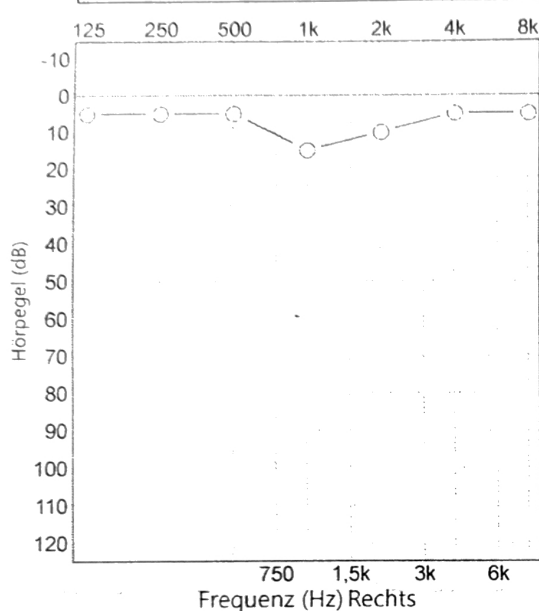


Lawson Boemigannick

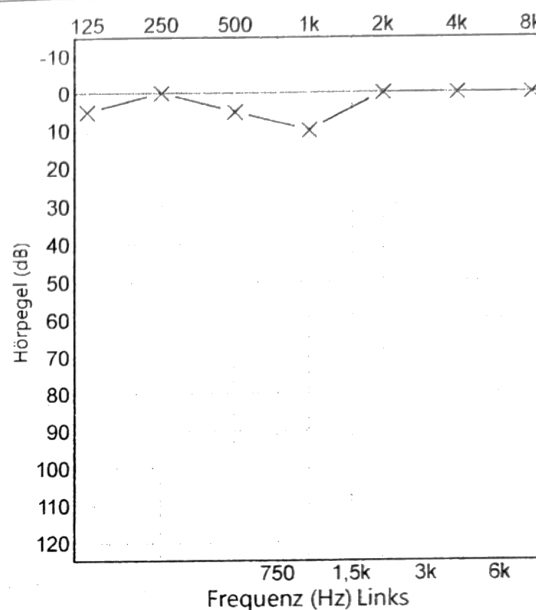
Alter: 34

Geburtsdatum: 26.10.1987

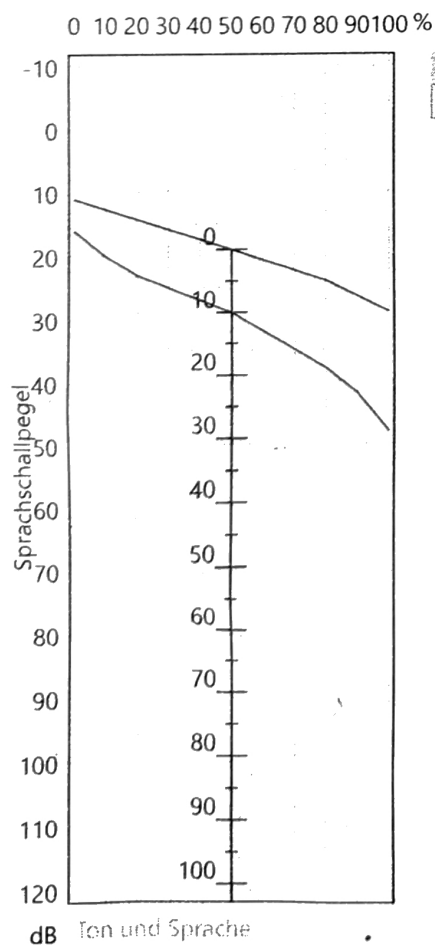
Berichtsdatum: 25.01.2022



LL	
KL	



LL	
KL	



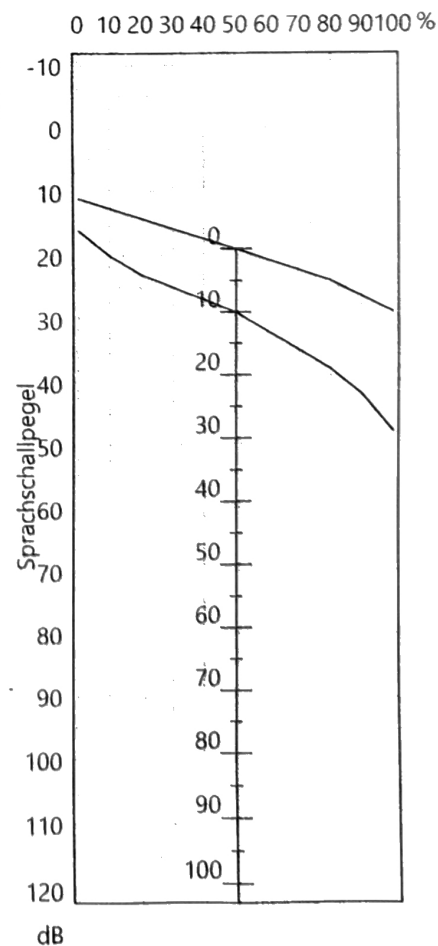
Rinne-Tabelle

R: L:

Weber

Legende

L	R	Vertäuscht
X	O	LL □ △
<	>	KL []
S	S	FF ✕ ∅
T	T	CSL
U	U	US
↘	↘	k. A.



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

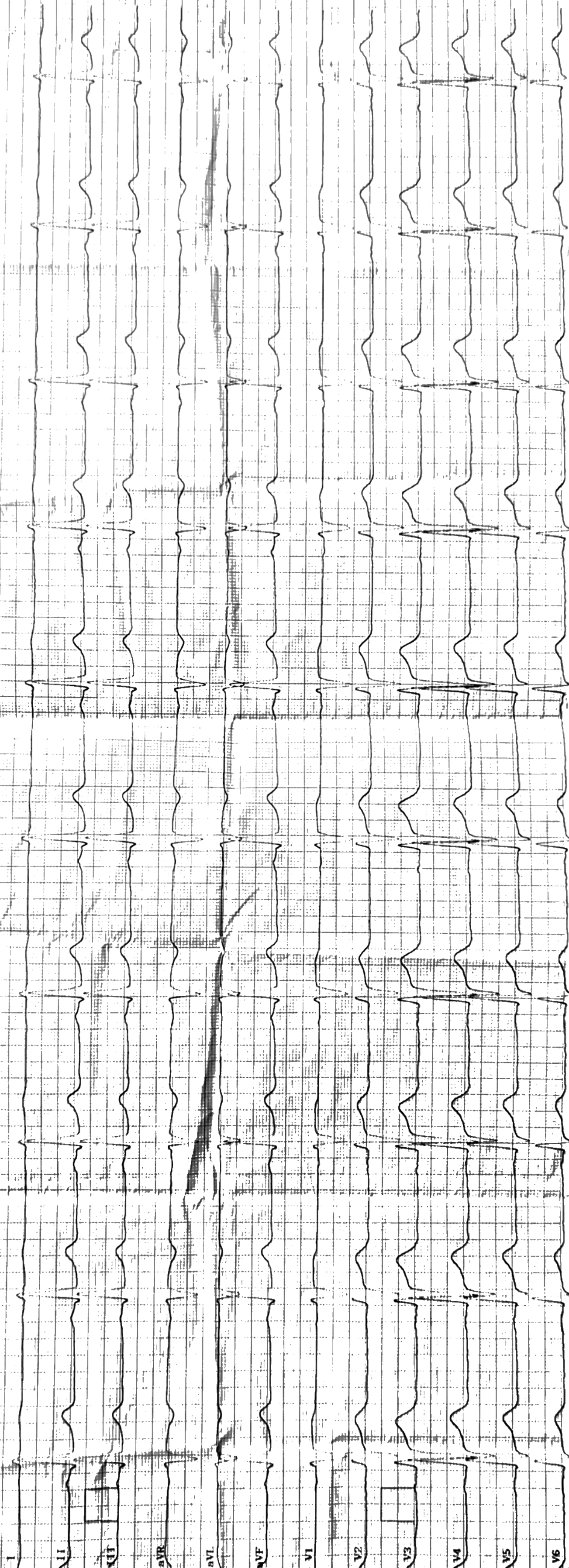
Bestätigt durch:

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 dGycm²



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 dGycm²

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

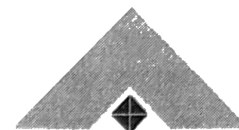
22.10.15

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
LAWSON BOEMIGAN, JANNICK	26.10.1987 M	49402	18.09.15 0443372751	
Befunddatum 19.09.15 LG-Nr. : 38464031	Ergebnis		Referenzbereich / Th. Bereich	

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]



V = Ergebnis aus Voruntersuchung
F = Ergebnis aus Fremdlabor
2-2013

Dr. rer. nat. Theo Stein
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Diplom-Chemiker
Dr. med. Diermar Dreßler
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 Roßkoth
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 Krämer
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
Krankenhaushygieniker (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 (49.2~51.7)	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 (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		12.1
Körperfettmasse (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 %		15.9

Fettfreiheitsanalyse

	Unter	Normal	Über
BMI (kg/m ²)	17.0 18.5 19.5 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 (kg)	12.1								
Körperfett (%)	17.8								
EZW/GKW-Verhältnis	0.373								
Neueste Gesamt	07.12.22 18:19								

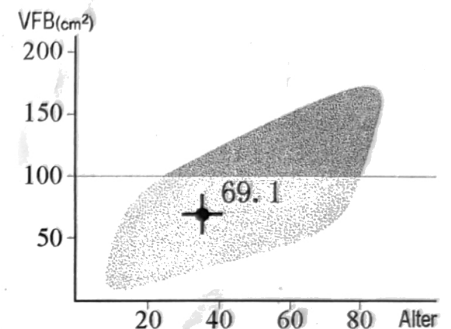
① Prüfen der Impedanz.

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: 0010/01124086 PA.

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 ?

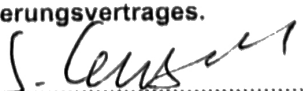
☐ 0-5 Jahre☐ >5-10 Jahre☒ mehr als 10 Jahre

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"/>	mit Behandlung/Beschwerden: <input checked="" type="checkbox"/> zeitlich begrenzt auf <u>3</u> Wochen pro Jahr <input type="checkbox"/> über das gesamte Jahr Art der medikamentösen Behandlung <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 Präparatename(n):
2b Asthma, asthmatische/spastische Bronchitis, Atemnot (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der medikamentösen Behandlung <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 Präparatename(n):
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"/>	Welche ? Seit wann ?

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

Forts. HAUT: 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	Arzneimittalexanthem	<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:				
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 ? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja				
6. 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:				
7. Treten oder traten allergische Erkrankungen in der Familie auf? Mutter <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Vater <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Geschwister <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/n Erkrankung(en) in Behandlung? Name, Anschrift: Dermatologie Altes Markt, Köln, Schlossberger <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 ? (Bitte immer beantworten) <input type="checkbox"/> Zusätzliche Angaben sind beigelegt <input checked="" type="checkbox"/> Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben				
<input type="checkbox"/> Es folgen noch 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 Ort/Datum		 Unterschrift des zu Versichernden		
..... Ort/Datum	 Unterschrift des Versicherungsnehmers		