



www.radiologie-darmstadt.de

Radiologie Darmstadt • Wilhelm-Seipp-Str. 3, 64521 Groß-Gerau

Frau
Dr. med. Sybille Illert
Fachärztin für Innere Medizin
Starkenburger Str. 52
64560 Riedstadt

25.08.2018, hm
Pat-ID: 519931

Betr.: Madzarevic, Drasko, geb. 30.06.1966
aus 64560 Riedstadt, Pestalozzistr. 10

Sehr geehrte Frau Kollegin,
wir bedanken uns für die freundliche Überweisung des oben genannten Patienten.

MRT der Halswirbelsäule nativ vom 25.08.2018

Technik : Standard

Klinische Angaben und rechtfertigende Indikation gemäß RÖV:
Chronisches HWS-Syndrom.

Befund und Beurteilung:

Unauffälliger kraniozervikaler Übergang. Leichte skoliotische HWS Fehllhaltung. Regelrechtes Wirbel Alignment ohne Gefügestörung. Keine Wirbelkörperhöhenminderung. Kein Nachweis einer intraspinalen Raumforderung. Keine Myelopathie.

Segmentale Bewertung:

HWK 2/3-5/6: Bis auf eine geringe ventrale Spondylosis deformans in Höhe HWK 5/6 altersentsprechend unauffällige Darstellung Bandscheibensegmente.

HWK 6/7: Mäßige Osteochondrose mit Bandscheiben-Bulging und einhergehender rechtsbetonter Neuroforamenstenose beidseits. Keine Spinalkanalstenose. Keine Myelonkompression.

HWK 6/7: Mäßige Osteochondrose mit mäßiger Neuroforamenstenose. Keine Spinalkanalstenose.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Christine Hartmann
FA für Radiologie

Gemeinschaftspraxis für Radiologie

Prof. Dr. med. Matthias Kerl
Dr. med. Thorsten Burkhard
Dr. med. Anne Brunier eGIV
Dr. med. Armin Dick
Dr. med. Christine Hartmann
Udo Hundt
Dr. med. Holger Lotz
Dr. med. Stefan Penzkofer
Dr. med. Anselm Pottmeyer
Dr. med. Marina Rappe
Dr. med. Isabel Schifferdecker
Dr. med. Henrik Thoms

Radiolog. Cardiodiagnostik
Prof. Dr. med. Oliver Mohrs

Urogenitale Radiologie
Prof. Dr. med. Peter Hallscheidt

Thoraxradiologie
Prof. Dr. med. Jürgen Biederer

Kinderradiologie
Dr. med. Barbara Brecher

Neuroradiologie
Dr. med. Dirk Brechtelsbauer

Mammadiagnostik
Dr. med. Sepideh Pade
Dr. med. Lothar Leisten

Nuklearmedizin
Dr. med. Janet Quayson
Dr. med. Marco Etzel
Dr. med. Michaela Welsch

**Standort Fachärzteezentrum
am Klinikum Darmstadt**
Grafenstraße 13
64283 Darmstadt
Tel.: 06151-606300
Fax: 06151-6063010

**Standort am Alice-Hospital/
Kinderklinik Prinz. Margaret**
Dieburger Straße 29-31
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-13940
Fax: 06151-139430

**Standort in der
Eschollbrücker Straße 26**
64295 Darmstadt
Tel.: 06151-300870
Fax: 06151-3008729

**Standort am
Agaplesion Elisabethenstift**
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-4036042
Fax: 06151-4036049

**Standort an der Kreisklinik
Groß-Gerau**
Wilhelm-Seipp-Straße 3
64521 Groß-Gerau
Tel.: 06152-9862375
Fax: 06152-9862419

Anmeldung Nuklearmedizin
Grafenstraße 13
64283 Darmstadt
Tel.: 06151-6063021
Fax: 06151-6063020
eMail: nuklearmedizin@
radiologie-darmstadt.de

**Zentrale des Mammografie-
Screening Südhessen**
Dieburger Straße 22
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-9613861
Fax: 06151-9613862
www.mammografie-screening-suedhessen.de

**Anmeldung Cardio-MRT und
256-S-FLASH-Cardio-CT**
Tel.: 06151-402-4709
Fax: 06151-1394-30
www.cardiodiagnostik-darmstadt.de



**RADIOLOGIE
AM HUNDERTWASSERHAUS
DARMSTADT**

RADIOLOGIE AM HUNDERTWASSERHAUS · Büdinger Str. 8 · 64289 Darmstadt

Herrn
Drasko Madzarevic
Pestalozzistr. 10
64560 Riedstadt

Nes

07.12.2021 ne

Madzarevic, Drasko geb. am 30.06.1966

Sehr geehrter Herr Madzarevic,

wir berichten über die bei Ihnen durchgeführten Untersuchungen:

MRT Knie links nativ vom 06.12.2021

Fragestellung: Innenmeniskusläsion

Technik: T1 TSE coronar und sagittal. PD FS transversal, coronar und sagittal. 3D Vista (5 Sequenzen),
Feldstärke 3.0T / MR Ingenia

Befund: *Mediales Gelenkfach:* diskrete mukoide Degeneration des Innenmeniskushinterhornes ohne Einriss.

Fokale Knorpelläsionen am Übergang vom anterioren zum medialen Drittel in der medialen Femurrolle, delaminierender Aspekt subchondrales Ödem nach mit einer Breite von ca. 12 mm.

Tibialer Knorpel ohne fokale Läsion.

Laterales Gelenkfach: intakter Außenmeniskus kein Knorpelschaden.

Femoropatellargelenk: Patellaform Wiberg 2, welliger Knorpel leicht inhomogen Grad I-II mit Betonung des Patellafirstes, subchondrales Ödem in gleicher Lokalisation.

Bänder und Sehnen: intaktes mediales und laterales Kollateralband dementem patellae mit proximalen Ansatzödem Quadrizepssehne reizlos. Plica suprapatellaris sehr ausgeprägt.

Kaudal eingeschlagen.

Mäßiger femoropatellarer Reizerguss. Hoffa'scher Fettkörper reizlos. Keine Bakerzyste. Kräftige Muskulatur.

Seite 1 von 2 - Drasko Madzarevic

RADIOLOGIE AM HUNDERTWASSERHAUS
überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. Günther Ness - FA für diagnost. Radiologie · Dr. med. Asmar - FA für diagnost. Radiologie
Dr. med. Bauer - FÄ für diagnost. Radiologie · Dr. med. Holzknecht - FA für diagnost. Radiologie
Dr. med. univ. Mackert - FÄ für diagnost. Radiologie

Praxis(standort): Darmstadt

Büdinger Straße 8 TEL 06151.79090-60 info@radiologie-hundertwasserhaus.de Deutsche Bank Frankfurt/Main
64289 Darmstadt FAX 06151.79090-619 www.radiologie-hundertwasserhaus.de IBAN DE83 5007 0010 0243 0866 02 BIC DEUTDEFFXXX

Sitz der Gesellschaft: Adickesallee 51-53, 60322 Frankfurt am Main

KOPIE



1

Beurteilung:

z.B. delaminierender Knorpelschaden der medialen Femurrolle
Plica suprapatellaris möglicherweise eingeschlagen ins Femoropatellargelenk
retropatellare Chondropathie Grad I bis II

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Günther Ness
FA für Diagnostische Radiologie



**RADIOLOGIE
AM HUNDERTWASSERHAUS
DARMSTADT**

RADIOLOGIE AM HUNDERTWASSERHAUS · Büdinger Str. 8 · 64289 Darmstadt

Herrn
Drasko Madzarevic
Pestalozzistr. 10
64560 Riedstadt

/FN

Darmstadt, den 13.12.2021 /ne /

Sehr geehrter Herr Madzarevic,
wir berichten über die bei Ihnen durchgeführten Untersuchungen:

Madzarevic, Drasko, geb. am 30.06.1966

Knie links 2E Patella li. vom 13.12.2021:

Rechtfertigende Indikation: Verdacht auf Gonarthrose

Befund: Fast diskret verschmälertes Gelenkspalt rechts minimale mediale sekundäre Anbauten. Sklerosierung der Knorpelknochengrenze des medialen Tibia Plateaus. Patella mittelständig, zentrierte mit scharfer Knorpel-Knochen-Grenze. Unauffällige trabekuläre Strukturen.

Beurteilung: mediale geringe Sekundärveränderungen des Tibiakopfes

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Günther Ness
FA für Diagnostische Radiologie
Original an: Prof. Dr.med. Markus & Adyan Schofer & Dabboor, Frankfurt

RADIOLOGIE AM HUNDERTWASSERHAUS

Serie 1 von 1 Drasko Madzarevic 30.06.1966

Dr. med. Günther Ness - FA für diagnost. Radiologie · Dr. med. Asmar - FA für diagnost. Radiologie
Dr. med. Bauer - FA für diagnost. Radiologie · Dr. med. Holzknecht - FA für diagnost. Radiologie
Dr. med. univ. Mackert - FA für diagnost. Radiologie

Praxis(standort): Darmstadt

Büdinger Straße 8 TEL 06151.79090-60 info@radiologie-hundertwasserhaus.de Deutsche Bank Frankfurt/Main
64289 Darmstadt FAX 06151.79090-619 www.radiologie-hundertwasserhaus.de IBAN DE83 5007 0010 0243 0866 02 BIC DEUTDEFFXXX

Sitz der Gesellschaft : Adickesallee 51-53, 60322 Frankfurt am Main





www.radiologie-darmstadt.de

Radiologie Darmstadt • Wilhelm-Seipp-Str. 3, 64521 Groß-Gerau

Herrn
M. Gulde
Facharzt für Neurochirurgie
Mousonstr. 14
60316 Frankfurt

06.07.2019,bi
Pat.-ID: 519931

Betr.: Madzarevic, Drasko, geb. 30.06.1966
aus 64560 Riedstadt, Pestalozzistr. 10

Sehr geehrter Herr Kollege,
wir bedanken uns für die freundliche Überweisung des oben genannten Patienten.

MRT der Lendenwirbelsäule nativ lws vom 06.07.2019

Technik : Standard

Klinische Angaben und rechtfertigende Indikation gemäß RÖV:

Lumbago und Lumboischialgie beidseits

Befund:

Keine vergleichbaren Voraufnahmen. Dezent linkskonvex- skoliotische Fehllhaltung der LWS, flache Lordose. Hierbei keine segmentale Fehlstellung. Osteochondrose des Segmentes LW 4/5 mit breitbasiger Protrusion und rechts mediolateral auch Prolaps des Bandscheibenmaterials. Im Zusammenhang mit erheblichen degenerativen Veränderung an den Facettengelenken auch teilweise mit Ödem und verdickten Ligamenta flava kommt es zur absoluten spinalen Enge mit beginnender Kaudakompression, darüberhinaus Nervenwurzelkompression L5 rechts mehr als links im Recessus lateralis. Keine Frakturödeme, keine suspekten Lysen. Die übrigen lumbalen Bewegungssegmente stellen sich unauffällig dar, hier keine relevanten neuroforaminalen oder recessalen Engen.

Beurteilung:

Fortgeschrittene Osteochondrose im Segment LW 4/5 mit breitbasiger Protrusion und Prolaps von Bandscheibenmaterial rechts betont, hierbei grenzwertige spinale Enge mit beginnender Kaudakompression und Kompression der Wurzel L5 rechts im Recessus lateralis mehr als links. Begleitend aktivierte Spondylarthrose.

Klinisch am ehesten pseudoradikuläre Beschwerden ausgehend von der Arthrose der kleinen Wirbelgelenke. Gegebenenfalls ist bei ausbleibenden Effekten einer konservativen Behandlung oder bei Beschwerdeexazerbation auch die Indikation zu einer computertomographisch gesteuerten Facetteninfiltration zu diskutieren. Hierzu passend umschriebene Druckschmerzhaftigkeit mit Punctum maximum in Höhe des Segmentes LW 4/5 rechts paravertebral.

Der Befundbericht und Aufnahmen auf CD wurden mitgegeben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. J. Biederer
FA für Radiologie

Gemeinschaftspraxis für Radiologie

Prof. Dr. med. Matthias Kerl
Dr. med. Thorsten Burkhard
Dr. med. Anne Brunier eGIV
Dr. med. Armin Dick
Dr. med. Christine Hartmann
Udo Hundt
Dr. med. Holger Lotz
Dr. med. Stefan Penzkofer
Dr. med. Anselm Pottmeyer
Dr. med. Marina Rappé
Dr. med. Isabel Schifferdecker
Dr. med. Henrik Thoms

Radiolog. Cardiodiagnostik
Prof. Dr. med. Oliver Mohrs

Urogenitale Radiologie
Prof. Dr. med. Peter Hallscheidt

Thoraxradiologie
Prof. Dr. med. Jürgen Biederer

Kinderradiologie
Dr. med. Barbara Brecher

Neuroradiologie
Dr. med. Dirk Brechtelsbauer

Mammadiagnostik
Dr. med. Sepideh Pade
Dr. med. Lothar Leisten

Nuklearmedizin
Dr. med. Janet Quayson
Dr. med. Marco Etzel
Dr. med. Michaela Welsch

Standort Fachärzteezentrum am Klinikum Darmstadt
Grafenstraße 13
64283 Darmstadt
Tel.: 06151-606300
Fax: 06151-6063010

Standort am Alice-Hospital/ Kinderklinik Prinz. Margaret
Dieburger Straße 29-31
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-13940
Fax: 06151-139430

Standort in der Eschollbrücker Straße 26
64295 Darmstadt
Tel.: 06151-300870
Fax: 06151-3008729

Standort am Agaplesion Elisabethentift
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-4036042
Fax: 06151-4036049

Standort an der Kreisklinik Groß-Gerau
Wilhelm-Seipp-Straße 3
64521 Groß-Gerau
Tel.: 06152-9862375
Fax: 06152-9862419

Anmeldung Nuklearmedizin
Grafenstraße 13
64283 Darmstadt
Tel.: 06151-6063021
Fax: 06151-6063020
eMail: nuklearmedizin@radiologie-darmstadt.de

Zentrale des Mammografie-Screening Südhessen
Dieburger Straße 22
64287 Darmstadt
Tel.: 06151-9613861
Fax: 06151-9613862
www.mammografie-screening-suedhessen.de

Anmeldung Cardio-MRT und 256-S-FLASH-Cardio-CT
Tel.: 06151-402-4709
Fax: 06151-1394-30
www.cardiodiagnostik-darmstadt.de

Operationsbericht vom 30.08.2018
Krankenhaus Rotes Kreuz, Frankfurt

Patient: Madzarevic, Drasko, 30.06.1966
Operateur: Prof. Dr. M. Schofer

Diagnose: Outlet-Impingement, schwere Arthrose, freie Gelenkkörper, rechtes Schultergelenk und Rotatorenmanschettenruptur der Supraspinatussehne (Längsriss) und Typ Ellman 1A (M75.1, M75.3, M75.4, M75.5, M75.8, M24.01, M19.01)

Therapie: Arthroskopie Schulter, Knorpelglättung, Abrasionsarthroplastik, Resektion Osteophyten und Entfernen freie Gelenkkörper als sogenanntes Comprehensive Arthroscopic Management (CAM) Procedure nach Millett, subacromiale Dekompression, Rotatorenmanschettenrekonstruktion und Rotatorenmanschettennaht der Supraspinatussehne (Seit-zu-Seit Naht) (5-814.4, 5-814.3, 5-811.20, 5-812.f0, 5-810.40, 5-810.50)

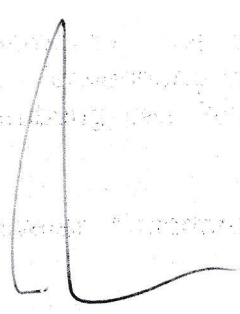
Halbsitzende Rückenlagerung des Patienten mit freier Schulter. Nervus suprascapularis-Block mit Ropivacain (20ml). Hausübliche Desinfektion und sterile Abdeckung. Über eine Hautstichinzision wird das Arthroskop in üblicher Weise von dorsal in das Schultergelenk eingebracht. Es entleert sich seröser Gelenkerguss. Auffüllen des Gelenkes mit Spülflüssigkeit und Durchführen einer diagnostischen Arthroskopie. Über eine Hautstichinzision werden ein 2. anteriorer Zugang angelegt und ein Tasthaken oberhalb der Subscapularissehne in das Schultergelenk eingebracht. Es besteht eine generalisierte Synovitis, welche mit dem Shaver abgetragen wird. Degenerative Auffaserungen am Labrum glenoidale und am Bizepssehnenanker. Die deg. Auffaserungen werden geglättet. Die lange Bizepssehne ist stabil und wird belassen. Der Gelenkknorpel des Oberarmkopfes und der Schulterpfanne zeigt eine Chondromalazie IV° mit großflächig freiliegendem Knochen pfannenseitig und kopfseitig als schwere Arthrose. Knorpelglättung und Abrasionsarthroplastik. Es zeigt sich eine Längs-Ruptur der Supraspinatussehne und eine artikulare Partialruptur der Supraspinatussehne Typ Ellman 1A. Glätten der Sehne mit dem Shaver. Im unteren Recessus Synovitis und freie Gelenkkörper. Synovektomie und Entfernen der freien Gelenkkörper. Resektion von inferioren und anterioren Osteophyten am Kopf-Hals-Übergang. Entfernen des Arthroskops aus dem Glenohumeralgelenk und Umsetzen desselben in den Subacromialraum. Die Bursa subacromialis ist entzündlich verändert und verdickt. Anlegen eines anterolateralen Standardzugangs über Hautstichinzision und Einbringen eines Shavers in den Subacromialraum. Resektion der vernarbten Bursa subacromialis und Darstellen der Acromionunterseite, auch unter Verwendung des Elektrokoagulationsgerätes. Resektion von ausgedehnten Verwachsungen. Freipräparieren des Acromioclavikulgelenkes, welches belassen wird. Ausführen einer Acromioplastik mit Entfernen des ventralen Überhangs und von Osteophyten am Acromion mit der Kugelfräse. Das Acromion wird hierdurch abgeflacht und ventralseitig ca. 2 mm Knochen entfernt. Das Lig. coracoacromiale wird hierbei abgeschoben. Eine Ruptur als Längsriss der Supraspinatussehne wird angefrischt. Aufwändiges Mobilisieren der

Rotatorenmanschette mit Lösen von Verwachsungen. Seit-zu-Seit Naht der Supraspinatussehne (Vicryl-Faden) wobei eine stabile Fixation erreicht werden kann. Ausgiebige Spülung des Subacromialraums und abschließende Revision der durchgeführten Acromioplastik und Rotatorenmanschettennaht. Entfernen der arthroskopischen Instrumente. Verschluss der Hautstichinzisionen mit Rückstichnähten. Subacromiale Infiltration von Ropivacain 5mg/ml (10ml). Glenohumerale Injektion von Ropivacain 5mg/ml (10ml) nach Nadelplatzierung unter arthroskopischer Sicht. Steriler Kompressenverband. Anlegen einer Abduktionsschiene.

Nachbehandlung nach dem Schema Subacromiale Dekompression (SAD) / Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Anlage) unter Verwendung eines Abduktionskissens für 1 Woche mit passiver und aktiv-assistierte Beübung des Schultergelenks und dann zunehmender aktiver Beübung.

Bei anhaltenden Beschwerden besteht bei schwerer Omarthrose die Indikation zur anatomischen Schulter-TEP.

Prof. Dr. M. Schofer
Orthomedic Gelenkzentrum Frankfurt – Offenbach
Hermannstraße 57
63065 Offenbach





RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN ADICKESALLEE · Adickesallee 51-53 · D-60322 Frankfurt/Main

Gemeinschaftspraxis Schüler

Dr.med. Andreas Schüler

Rudi Schüler

Fachärzte Innere- + Allgemeinmedizin

Sandstraße 2

64560 Riedstadt

E

04.05.2022 ne

Madzarevic, Drasko geb. am 30.06.1966

Sehr geehrte Kollegen,

besten Dank für die freundliche Überweisung Ihres Patienten:

MRT Schulter rechts nativ vom 03.05.2022

Fragestellung: Schulterschmerz nach Sport Zustand nach Supraspinatussehnenruptur OP 2008

Technik: T1 TSE coronar und transversal. PD SPAIR coronar, sagittal und transversal (5 Sequenzen),

Feldstärke 3.0T / MR Ingenia

Befund: Stark aufgetriebener Synchronrose des AC-Gelenkes, Resorption Verhältnisse mäßiges Ödem. Akromion Typ 2 nach Bigliani.

Die Supraspinatussehne zeigt eine bursalseitig der Rauigkeit, am Fußpunkt der Sehne bursalseitiger kerbenförmiger Einriss.

Nahtmaterial in der Sehne selbst ist nicht erkennbar. Annehmbar Zustand nach Resektion des Ligamentum coraco akromiale.

Keine Dehiscenz der Supraspinatussehne.

Sehne des Musculus infraspinatus am Ansatz des Tuberculum majus deutlich aufgetrieben und signalangehoben. Keine Retraktion keine Atrophie, unauffälliger Ansatz der Subscapularissehne.

Hochgradige Degeneration des ventralen und dorsalen Labrums.

Juxtaartikuläres Ödem des Scapulahalses.

Knorpelabrieb des Caput humeri osteophytäre Anbauten in der Randzone zur Bare Area mäßiger Gelenkserguss.

Insgesamt Hochstand des Humeruskopfes.

Seite 1 von 2 - Drasko Madzarevic

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN ADICKESALLEE · Medizinisches Versorgungszentrum GbR

Dr. med. Asmar - FA für diagnost. Radiologie · Dr. med. Bauer - FÄ für diagnost. Radiologie · Dr. med. Holzknecht - FA für diagnost. Radiologie

Dr. med. univ. Mackert - FÄ für diagnost. Radiologie





Beurteilung: Annehmbar Zustand nach subakromialer Dekompression sowie Resektion des korakoakromialen Bandes kleine Reverse PASTA-Läsion der Supraspinatussehne am Fußpunkt der Sehne ohne Hinweis für eine transmurale Ruptur, Retraktion oder Atrophie.
Fokale sehr ausgeprägte Ansatzentendinose der Infraspinatussehne.
Bicepssehnentendinitis.
Chondropathie des Caput humeri mit Sekundärdegeneration der labralen Strukturen initiale omarthrotische Veränderungen

Mit freundlichen Grüßen

 **KOPIE**

Dr. med. Günther Ness
FA für Diagnostische Radiologie

Seite 2 von 2 - Drasko Madzarevic





RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN ADICKESALLEE · Adickesallee 51-53 · D-60322 Frankfurt/Main

Gemeinschaftspraxis Schüler

Dr.med. Andreas Schüler

Rudi Schüler

Fachärzte Innere- + Allgemeinmedizin

Sandstraße 2

64560 Riedstadt

E

04.05.2022 ne

Madzarevic, Drasko geb. am 30.06.1966

Sehr geehrte Kollegen,

besten Dank für die freundliche Überweisung Ihres Patienten:

MRT Schulter rechts nativ vom 03.05.2022

Fragestellung: Schulterschmerz nach Sport Zustand nach Supraspinatussehnenruptur OP 2008

Technik: T1 TSE coronar und transversal. PD SPAIR coronar, sagittal und transversal (5 Sequenzen),

Feldstärke 3.0T / MR Ingenia

Befund: Stark aufgetriebener Synchondrose des AC-Gelenkes, Resorption Verhältnisse mäßiges Ödem. Akromion Typ 2 nach Bigliani.

Die Supraspinatussehne zeigt eine bursalseitig der Rauigkeit, am Fußpunkt der Sehne bursalseitiger kerbenförmiger Einriss.

Nahtmaterial in der Sehne selbst ist nicht erkennbar. Annehmbar Zustand nach Resektion des Ligamentum coraco akromiale.

Keine Dehiscenz der Supraspinatussehne.

Sehne des Musculus infraspinatus am Ansatz des Tuberculum majus deutlich aufgetrieben und signalangehoben. Keine Retraktion keine Atrophie, unauffälliger Ansatz der Subscapularissehne.

Hochgradige Degeneration des ventralen und dorsalen Labrums.

Juxtaartikuläres Ödem des Scapulahalses.

Knorpelabrieb des Caput humeri osteophytäre Anbauten in der Randzone zur Bare Area mäßiger Gelenkserguss.

Insgesamt Hochstand des Humeruskopfes.

Seite 1 von 2 - Drasko Madzarevic

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN ADICKESALLEE · Medizinisches Versorgungszentrum GbR

Dr. med. Asmar - FA für diagnost. Radiologie · Dr. med. Bauer - FÄ für diagnost. Radiologie · Dr. med. Holzknecht - FA für diagnost. Radiologie

Dr. med. univ. Mackert - FÄ für diagnost. Radiologie





Beurteilung: Annehmbar Zustand nach subakromialer Dekompression sowie Resektion des korakoakromialen Bandes kleine Reverse PASTA-Läsion der Supraspinatussehne am Fußpunkt der Sehne ohne Hinweis für eine transmurale Ruptur, Retraktion oder Atrophie.
Fokale sehr ausgeprägte Ansatzentendinose der Infraspinatussehne.
Bicepssehnentendinitis.
Chondropathie des Caput humeri mit Sekundärdegeneration der labralen Strukturen initiale omarthrotische Veränderungen

Mit freundlichen Grüßen

 **KOPIE**

Dr. med. Günther Ness
FA für Diagnostische Radiologie

Seite 2 von 2 - Drasko Madzarevic

