

Manfred van Treek
Naturheilverfahren – Umweltmedizin – Suchtmedizin – Palliativmedizin
Seegartenstraße 26
68519 Viernheim

Arzt für Allgemeinmedizin
0160 9051 7050
vantreek-nhvma@gmx.de

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

nachrichtlich:
Gesundheitsamt Bergstraße

Meldung eines Impfschadens Patientin SX62

06.12.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich einen Impfschaden eines jetzt 59-jährigen Patienten. Der Fall ist zu umfangreich, um ihn in einem üblichen Fragebogen unterzubringen.

Auflistung der Impf-Krankheiten:

Akute Impfreaktion: Müdigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Rötung, Schmerzen und Schwellung an der Einstichstelle, Geschmacksverlust, Schlaflosigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kältegefühl;

Hyperinflammatorisches Syndrom: Fibromyalgie, chronisches CDT (connective tissue disease):

CFS: Erschöpfung, Müdigkeit, Leistungsverlust, Kraftlosigkeit;

Stoffwechselstörung: Nachtschweiß, V.a. Hämochromatose, Hyponatriämie, Anämie, Hepatopathie;





Neurologische Störung: Alpträume, Merkfähigkeitsstörung;

Koronare Herzkrankheit: Stent-Implantation;

Gerinnungsstörung: Thrombozytopenie, D-Dimere-Anstieg;

Immunsystem-Störung: Leukozyten-Verteilungsstörung, IL6-Exazerbation;

ASIA-Syndrom: Autoimmunopathien Raynaud-Syndrom, rheumatische Arthritis, V.a. Arteriolitis (grenzwertiges pANCA)

Datum <i>Date</i>	Handelsname und Chargen- nummer des Impfstoffs (Aufkleber) <i>Trade name and batch no. of vaccine (label/vignette)</i>	COVID-19			Name und Anschrift des zu- ständigen Impf- zentrums <i>Name and address of responsible vaccination centre</i>	Unter- schrift <i>Signature</i>
		mRNA- Impf- stoff <i>mRNA vaccine</i>	Vektor- Impf- stoff <i>Viral vector vaccine</i>	Anderer Impf- stoff <i>Other type of vaccine</i>		
18.02.2021	 Euronova CA 3004272 Gx: mRNA Herzogen Batch: 18102021 Virex 12/10	X				
18.03.2021	 Euronova CA 3004281 Gx: mRNA Herzogen Batch: 18102021 Virex 11/10	X				

XX.11.1962: geboren

18.02.2021: Covid-19 (58-3) Spikevax 300042721

19.02.-09.03.2021: Akute Impfreaktion (58-3 – 58-4) Müdigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Rötung, Schmerzen und Schwellung an der Einstichstelle, Geschmacksverlust, Schlaflosigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kältegefühl für ca. 2-3 Wochen

18..03.2021: Covid-19 (58-4) Moderna 3000489

19.03.-26.03.2021: Akute Impfreaktion (58-4), Müdigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Rötung, Schmerzen und Schwellung an der Einstichstelle, 1 Woche Schlaflosigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen

19.03.2021-dato: Fibromyalgie (58-4-dato), hyperinflammatorisches Schmerzsyndrom, Muskel-, Sehnen- und Gelenkschmerzen Stufe 5-6 auf der Schmerzskala von 1-10

19.03.2021-dato: CFS (58-4 – dato), chronische Erschöpfung, permanente Müdigkeit, Leistungsverlust, Kraftlosigkeit

2021/05-dato: Stoffwechselstörung (58-6 – dato), Nachtschweiß

2021/05-dato: Neurologische Störung (58-6 – dato), Alpträume, Merkfähigkeitsstörung

25.05.2021-dato: Arbeitsunfähigkeit (58-6 – dato)

22.06.2021: Koronare Herzkrankheit (58-7), Stent-Implantation

Labordiagnostik:

09.07.2021: Thrombopenie (58-8), Thrombozyten 108 Tsd/ μ l (202-356)

09.07.2021: Leukozyten-Verteilungsstörung (58-8), Neutrophile 85,1 %, Lymphozyten 8,5 %

09.07.2021: V.a. Hämochromatose (58-8), Ferritin 976 ng/ml (30-400)

14.07.2021: Hyponatriämie (58-8), Natrium 129 mmol/l (136-145)

14.07.2021: Hyperinflammations-Syndrom (58-8), Interleukin IL6 96,2 pg/ml (<10)

16.07.2012: Anämie (58-8), Erythrozyten 3,32 Mio/ μ l (4,5-5,9), Hb 9,5 g/dl (14,0-17,5), Hkt 26,8 % (36-49)

16.07.2021: Hepatopathie (58-8), GPT 144 U/l (<41), Gamma-GT 394 U/l (<60),

Cholinesterase 3782 U/l (5320-12920)

2021/09-dato: Hyperinflammatorisches Schmerzsyndrom (58-10 – dato), Zunahme der Bindegewebs-, Muskel- und Gelenkschmerzen

Labordiagnostik:

10.11.2021: ASIA-Syndrom (59-0), Autoimmunopathie, beginnende rheumatische Arthritis, ANA 1:80 (<1:80)

10.11.2021: ASIA-Syndrom (59-0), Autoimmunopathie, beginnende Gefäß-rheumatische Erkrankung, pANCA 1:10 (<1:10)

16.11.2021: Gerinnungsstörung (59-0), D-Dimer 0,63 μ g/ml (<0,51)

16.11.2021: Hyperinflammatorisches Syndrom (59-0) CRP 1.849 mg/dl (<0,511), BSG 54/70

25.05.2021-dato: Arbeitsunfähigkeit (58-6 – dato)

Aus dem vorläufigen Kurzbericht des Herz-Kreislauf-Zentrum Klinikum Hersfeld-Rotenburg Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer vom 24.06. 2021 (Patient war dort stationär vom 20.06. bis 23.06.2021; Diagnose: Koronare-1-Gefäßerkrankung):

Herzkatheter- und Dilatationsbefund vom 22.06.2021:

Selektive Koronarangiographie: Mäßig ausgeprägte Koronarsklerose aller drei Koronarien, deutliche Veränderungen in der Peripherie hochgradige langstreckige proximale LAD Stenose. Im OCT Bild wie bei stattgehabten multiplen Plaquerupturen mit sehr dünner Deckplatte.

PCI: OCT gesteuerte Intervention mit initial Implantation eines DES in die proximal/mediale LAD (3.5-28EES), dann proximal Implantation eines 4.0-12EES, NC Dilatation im Übergang und POT. Danach zeigt sich ein kleines Dissekat in der LAD/CX Bifurkation und im OCT recante Lumenreduktion durch Plaqueshift in die RCX, deshalb hier Implantation eines 4.0-15mm, kissing ballon (LAD/CX) und POT des LM. Abschliessend sehr schönes Ergebnis TIMI III bis in die Peripherie.

Komplikationen: keine

Diagnosen: Koronare Eingefäßerkrankung

Klinisch und im OCT Bild wie bei stattgehabter Plaqueruptur in der proximalen LAD

AKTUELL: Stent PCI der proximalen LAD sowie des linkskoronaren Hauptstammes (3 x EES)(provisionel T)

Aus dem Entlassungsbericht der Klinik für Kardiologie und Intensivmedizin Bad Hersfeld Dr. med. R. Funck vom 03.08.2021 (Pat war dort vom 09.07. bis 03.08.2021 stationär; Diagnosen: Fieberhafter Infekt am ehesten im Rahmen einer Cholangitis, Koronare 1-Gefäßerkrankung)

Diagnosen:

Fieberhafter Infekt a.e. im Rahmen einer Cholangitis

Koronare 1-Gefäßerkrankung

- PCI der proximalen LAD sowie des linkskoronaren Hauptstammes mittels DE-Stenting am 22.06.2021 (HKZ Rotenburg a.d.F.)

Global und regional normale syst. LV-Funktion

Aufnahmearlass:

Die Vorgeschichte des Pat. dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen. Herr wurde aus der Rehabilitation im HKZ Rotenburg a.d.F., wo er sich nach Intervention des linken Hauptstammes und der proximalen LAD befand, wegen fieberhaften Infekt mit Gewichtsabnahme von 5-6 Kilogramm in den letzten 3 Wochen sowie AZ-Minderung mit Fieber und Nachtschweiß zur weiteren Diagnostik und Therapie übernommen.

Hier bei Aufnahme war Herr in reduziertem Allgemeinzustand. Angina pectoris-Symptomatik oder Dyspnoe bestanden nicht.

Klinischer Status:

59-jähriger Pat. in reduziertem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand, keine Dyspnoe, keine Zyanose, keine Ödeme. Pulmo: Lungengrenzen bds. seitengleich atemverschieblich, sonorer Klopfeschall, bronchovesikuläres Atemgeräusch. Cor: Herzaktion rhythmisch, Herztöne unauffällig, 2/6 Diastolikum mit pm. über ERB. Abdomen: Bauchdecken weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen, Darmgeräusche regelrecht, Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Nierenlager bds. klopfeschmerzfrei. Neurologische Untersuchung: Orientierend ohne path. Befund.

Therapie / Verlauf:

Herr _____ stellte sich mit fieberhaften Infekt, Allgemeinzustandsminderung Gewichtsabnahme sowie Nachtschweiß zur weiteren Diagnostik und Therapie vor. Die Symptomatik war einige Wochen nach Impfung gegen Corona aufgetreten, er war bereits im Vorfeld in hämato-onkologischer Behandlung. Im Juni 2021 war bei hochgradigen Stenosen der LAD eine PCI der proximalen LAD und des linkskoronaren Hauptstammes im HKZ Rotenburg a.d.F. erfolgt. Bei rezidivierenden Fieberschüben erfolgte die Verlegung aus der Rehabilitationsklinik im HKZ Rotenburg a.d.F. in unsere Abteilung.

Hier sahen wir einen Pat. in reduziertem Allgemeinzustand, Herr Schmidt berichtete über eine Gewichtsreduktion von ca. 6 Kilogramm in den letzten Wochen. Auffallend waren rezidivierend auftretende Fieberschübe bis 39°C. Initial war bereits im HKZ Rotenburg eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon begonnen worden, die wir zunächst fortführten. Darunter gelang zunächst Fieberfreiheit zu erzielen. Die Inflammationswerte waren jedoch nicht eindeutig rückläufig, sodass wir die Therapie nach 9 Tagen beendeten.

Serielle Blutkulturen ergaben letztlich keinen wegweisenden Befund. Eine radiologische Diagnostik hatte im Vorfeld bereits mittels CT-Abdomen und CT-Thorax keinen Fokus ergeben, eine erneut durchgeführte transösophageale Echokardiographie ergab keinen Anhalt für eine Endokarditis als Ursache der rezidivierenden Fieberschübe. Auffallend waren deutlich erhöhte Leberwerte, die im weiteren Verlauf zunächst undulierend waren. Bei erneutem Fieber bis 39°C begannen wir eine erneute antibiotische Therapie mit Tazobactam und führten zusätzliche eine PET-CT durch, hier ergab sich kein Anhalt für einen Fokus bei diffuser Mehranreicherung im Bereich der Milz und der Leber bei Hepatosplenomegalie, was als Ausdruck eines floriden Entzündungsprozesses gewertet wurde. Ausführliche serologische Diagnostik ergab ebenfalls keinen wegweisenden Befund bezüglich eines Infektfokus oder einer Autoimmunerkrankung. Auch eine MRCP ergab keinen relevanten pathologischen Befund. Letztlich blieb der Infektfokus unklar, bei deutlich erhöhten Leberwerten und klinischer Symptomatik mit Inappetenz und abdominellen Beschwerden ist möglicherweise eine Cholangitis als Fokus anzusehen. Nach 12-tägiger intravenöser antibiotischer Therapie waren die Infektparameter rückläufig, Herr _____ war im weiteren Verlauf fieberfrei. Die Infektwerte normalisierten sich im kurzfristigen Verlauf, sodass wir nach 12-tägiger Therapie die intravenöse antibiotische Therapie beendet haben. Parallel zum Rückgang der Infektwerte besserte sich der Allgemeinzustand des Pat., der Appetit war zunehmend, die abdominellen Beschwerden sistierten.

Herr _____ war hier im weiteren Verlauf beschwerdefrei. Eine erneute Anschlussheilbehandlung wurde beantragt.

Wir entlassen Herrn _____ heute bei subjektiver Beschwerdefreiheit in Ihre weitere Behandlung und erbitten die nachstationäre Wiedervorstellung zur Kontrolle der Elektrolyte, Retentionswerte, Infektparameter und Leberwerte sowie des Blutbildes sowie zur klinischen Verlaufskontrolle und haben, Ihr freundliches Einverständnis vorausgesetzt, hierfür einen Termin für den 10.12.2021 um 12.00 Uhr vereinbart. Wir erbitten die umgehende Wiedervorstellung bei Auftreten von Beschwerden.

In der Klinik für Kardiologie und Intensivmedizin Bad Hersfeld erhobene Laborbefunde:

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	9.7.21 18:12	14.7.21 09:18	16.7.21 08:54	20.7.21 12:38	26.7.21 09:16	2.8.21 09:38
Leukozyten	4.4 - 11.3	Tsd/ μ l	6.0	10.1	10.0	7.0	5.3	4.7
Erythrozyten	4.5 - 5.9	Mio/ μ l	3.87 ↓	3.45 ↓	3.32 ↓	3.46 ↓	3.68 ↓	3.91 ↓
Hämoglobin	14.0 - 17.5	g/dl	11.3 ↓	9.8 ↓	9.5 ↓	9.8 ↓	10.3 ↓	11.2 ↓
Hämatokrit	36.0 - 48.0	%	32.1 ↓	28.4 ↓	26.8 ↓	28.2 ↓	29.6 ↓	33.9 ↓
Mittleres Zellvolumen	80 - 96	fl	82.9	82.3	80.7	81.5	80.4	86.7
MCH	28 - 33	pg	29.2	28.4	28.6	28.3	28.0	28.6
MCHC	33 - 36	g/dl	35.2	34.5	35.4	34.8	34.8	33.0
Thrombozyten	202 - 356	Tsd/ μ l	108 ↓	152 ↓	246	303	165 ↓	268
Basophile			0.8					
Eosinophile			0					
Neutrophile			85.1 ↑					
Lymphozyten			8.5 ↓					
Monozyten			5.6					
Quick	70 - 130	%	88					
INR	0,9 - 1,30		1.08					
PTT	26 - 36	sec	28					
Natrium	136 - 145	mmol/l	130 ↓	129 ↓	131 ↓	127 ↓	129 ↓	136
Kalium	3.5 - 5.1	mmol/l	4.14	3.81	3.78	4.02	3.85	4.44
Calcium	2.10 - 2.42	mmol/l	2.23	2.31	2.17	2.13	2.29	2.38
Harnstoff	- <50	mg/dl	19	28	21	22	17	16
Kreatinin	0.67 - 1.17	mg/dl	0.91	1.09	0.84	0.82	1.02	0.93
Harnsäure	- <7.0	mg/dl	3.4	4.1	2.7	3.0	2.2	3.8
AST (GOT)	- <40	U/l	77 ↑	38	60 ↑	29	50 ↑	25
ALT (GPT)	- <41	U/l	100 ↑	92 ↑	144 ↑	81 ↑	98 ↑	53 ↑
Alk. Phosphatase	40 - 129	U/l	175 ↑	251 ↑	296 ↑	225 ↑	257 ↑	149 ↑
GGT	- <60	U/l	300 ↑	418 ↑	394 ↑	287 ↑	354 ↑	187 ↑
Cholinesterase	5320 - 12920	U/l			3782 ↓	4055 ↓	4023 ↓	5986
Gesamtbilirubin	- <1.0	mg/dl	0.40	0.54	0.73	0.57	0.50	0.35
Lipase	13 - 60	U/l	35		35	29	44	33
Amylase	13 - 53	U/l			15	15	17	14
Creatinkinase	- <190	U/l	71					
Troponin T (high sensitiv)	- <14	pg/ml	11.5					
Lactatdehydrogenase	- <250	U/l	337 ↑	248				
Glucose (Serum)	70 - 140	mg/dl	157 ↑					
C- reaktives Protein	- <5	mg/l	88 ↑	146 ↑	115 ↑	56 ↑	43 ↑	3
Magnesium	0.70 - 1.05	mmol/l			0.81			
Interleukin 6	0 - 10	pg/ml	45.5 ↑	96.2 ↑	56.2 ↑	28.4 ↑	16.4 ↑	4.2
Procalcitonin	0 - 0.5	μ g/l	0.5	0.3		0.2		
HbA1c	4.8 - 5.9	%	5.9					
HbA1c	29 - 42	mmol/mol	41.3					
Ferritin	30 - 400	ng/ml	976 ↑					

Aus dem rheumatologischen Entlassungsbrief der internistischen Klinik Rotenburg Frau Dr. med. V. Dudics vom 09.11.2021 (Patient war dort vorstationär am 09.11.2021 und stationär vom 16.11. bis 20.11.2021; Diagnose: V.a. Hyperinflammationssyndrom DD Still-Syndrom, primäres Raynaud-Syndrom, V.a. PNP, V.a. chron. Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente, Gallenblasen-Polyp und GB-Stein, Bradykardie)

Anamnese:

Die Vorstellung des Patienten erfolgte auf Einweisung der Hausärztin wegen deutlich Lebensqualität einschränkenden Symptomen bei vermuteter entzündlich-rheumatischer Systemerkrankung bei erhöhten Entzündungswerten, erhöhte Leberwerte, Infektkonstellation mit Fieberschüben bis 39°C, Nachtschweiß, Gewichtsabnahme von 10 kg innerhalb 3 Monaten, Raynaud Symptomatik, Augentrockenheit, Gelenk-, Muskel- und Sehnenschmerzen in unsere rheumatologische Fachabteilung.

Der Patient befand sich nach Stent-OP in REHA im HKZ Rotenburg an der Fulda, als erstmals Fieberschübe bis 39°C auftraten mit Infektsymptomen. Darauf folgend erfolgte die Verlegung aus dem HKZ ins Klinikum Bad Hersfeld, wobei von einem fieberhaften Infekt bei Cholangitis ausgegangen wurde. Zunächst erfolgte eine 9-tägige Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon und danach konsequente i.v. Antibiose, worunter sich ein Rückgang der Entzündungsparameter und AZ-Verbesserung eingestellt habe. Dort erfolgte eine detaillierte Diagnostik inkl. PET-CT, Abdomen-CT, Thorax-CT, TEE, MRCP, mehrere Blutkulturen und PCT, die alle ohne wegweisende Befunde blieben. Die ausführliche Serologie ergab ebenso keinen Anhalt für eine Autoimmunerkrankung.

Der Patient vermutet einen zeitlichen Zusammenhang mit der 2. COVID-Impfung, darauf folgend seien erste Symptome aufgetreten.

Seit September 2021 seien die Entzündungsparameter wieder angestiegen. Hinzu kommen aktuell dominierende Schmerzen in den Finger- und Zehengelenke sowie Kniegelenke bds. Der Faustschluss ist möglich, der Patient habe häufig kalte Hände mit tiefblauer oder auch hellweißer Verfärbungen der DIP Gelenke, vorwiegend bei kalten Temperaturen, aber zeitweise auch bei Zimmertemperatur. Hinzu kommen diffuse Muskel- und Sehnenschmerzen sowie Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich. Die Abrollfunktion der Füße sei uneingeschränkt gegeben. Nach Belastung bemerke er Schmerzzunahme, insgesamt werden die Schmerzen durch Bewegung gelindert. In der Nacht komme es zur Schmerzzunahme, der Patient wacht in der Nacht 3x wegen Schmerzen auf. Er könne seitlich liegen, müsse aber häufig die Liegeposition wechseln. Deswegen ist das Alltagsleben eingeschränkt. Es treten Parästhesien in den Füßen rez. auf und die Hände müssen teilweise nach längerer einseitiger Haltung ausgeschüttelt und Bewegungsübungen durchgeführt werden.

Der letzte Fieberschub mit Temperatur zwischen 38,5-39 °C trat vor 3 Wochen auf, seit 1,5 Wochen war keine subfebrile Temperatur messbar. Nach der Gewichtsabnahme von 10 kg innerhalb von 3 Monaten und Inappetenz sei das Gewicht aktuell stabil und liegt bei 76 kg. Nach längeren Gehstrecken trete Schwindel auf, Ohnmacht verneint.

Die laufende medikamentöse Therapie mit Brilique, ASS und Atorvastatin wurde nach der Stent-OP begonnen.

Der Patient sei bisher sportlich sehr aktiv gewesen mit Teilnahme an mehreren Marathon-Läufen, Ironman-Teilnahmen sowie Radmarathon-Teilnahmen.

Epikrise:

Die stat. Aufnahme des Patienten erfolgte bei deutlich Lebensqualität einschränkenden Symptomen mit unverhältnismäßigen Funktionseinschränkungen wegen Myalgie, Arthralgie, Raynaud Syndrom, Bradykardie, Sicca Symptomatik und Nachtschweiß nach 2. Corona Impfung zur weiteren Diagnostik und Therapie. Es wurde bereits eine detaillierte Fokussuche sowie Npl. Suche bei den anhaltenden Beschwerden mit hohen Entzündungsparameter inkl. TEE, ECHO, CT, PET-CT im Vorfeld durchgeführt.

Retrospektive betrachtet in Gesamtschau der Befunde mit Rücklauf der Entzündungsparameter und des klinischen Verlaufes (seit 05/2021 deutlich erhöhten Entzündungsparameter und Leberwerten, Hepatosplenomegalie bei Mehranreicherungen im PET-CT, niedrig-normale Leukozytenzahl und hohem Fieber) ist am ehesten von einem viralen Infekt DD Hyperinflammation als mögliche Impfreaktion auszugehen. Nach der aktuellen Diagnostik sind sowohl klinisch als auch laborchemisch ein rückläufiger Tendenz der Beschwerden zu beobachten, jedoch noch mit mäßig erhöhten Entzündungsparameter und hohem Leidensdruck.

Die Immunserologie blieb bisher ohne wegweisenden Befund, die noch ausstehenden Laborbefunde der Infekt- und Immunserologie inkl. HLA-B27 Gendiagnostik werden wir nach Erhalt nachreichen. Bei isoliert erhöhter alkalischer Phosphatase läuft die Bestimmung für AP-Isoenzym, auch dies werden wir nach Erhalt nachreichen.

Das klinische Bild eines prim. Raynaud Syndroms hatte sich auf die hier eingeleiteten Ca.- Antagonist Therapie mit Nifedipin gut reagiert, die Kapillarmikroskopie zeigte aktuell im anfallsfreien Intervall einen unauffälligen Befund. Bei guter Verträglichkeit ist die Therapie mit Nifedipin retard 10 mg 1-0-1 für die Winterzeit weiter zu führen.

Daneben ist noch ein Therapieversuch im Sinne eines Inflammationssyndromes mit Colchicum dispert 0,5 mg 1-0-1 bei gutem Effekt für 3 Monate unter Kontrolle des BB-es, Leber- Nierenwerte angeraten.

Daneben zeigen sich deutliche neuropathische Beschwerden mit pathologischen Stimmgabeltest und pos. Pain Detect. Ergänzt wurde die Therapie der neuropathischen Schmerzen mit Pregabalin 25 mg, die nach 3 Tagen auf Pregabalin 25 mg 1-0-1 erhöht wurde und alle 3 Tage um 25 mg bis auf Pregabalin 75 mg 1-0-1 zu erhöhen ist. Bei Bedarf kann die Therapie bis zu einer Maximaldosis von 600 mg/ Tag erhöht werden. Daneben werden allgemeine Maßnahmen bei Raynaud Syndrom (siehe unten) empfohlen.

Auffällige Laborbefunde:

10.11.2021: ANA 1:80 (<1:80), pANCA 1:10 (<1:10)

16.11.2021: D-Dimer 0,63 µg/ml (<0,51), CRP 1.849 mg/dl (<0,511), BSG 54/70

Ich hoffe, mit diesen Angaben weiter geholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen


3987734
Manfred van Treek
Arzt für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren · Umweltmedizin
Seegartenstr. 26 · 68519 Viernheim
Tel. 06204/77884, Fax 602601