

Neurochirurgisches Konsil

Kategorie: elektive Vorstellung dringlich (z.B. Kontrolle) **Notfall**

Klinik: _____ Stadt: _____

Patientendaten/Aufkleber

Rückrufnr.: _____

Faxnr.: _____

anfordernder Arzt: _____

Datum, Uhrzeit: _____

med. Hauptdiagnosen:

aktuelle Anamnese/Epikrise:

Nebendiagnose(n):

Bildgebung:

im PACS
per Taxi / CD

Neurologischer Status:

Bei kranialen Fällen: Pupillenstatus? Anisokorie? Seit wann? Medikamentöser Einfluss? Krampfanfall?
Bei spinalen Fällen: Akute Lähmung? Conus/Cauda-Syndrom? Seit wann? Instabilität? Maligne Grunderkrankung?

Glasgow Coma Scale: Motorik (1-6) ___ Sprache (1-5) ___ Augen öffnen (1-4) ___ = **GCS** _____

Fragestellung(en):

Kontakt zu Angehörigen besteht? ja nein

Therapielimitierung? ja nein wenn ja, Verfügung / Vollmacht liegt vor? ja nein

Neurochirurgische Beurteilung / Diagnose: (wird vom UKD ausgefüllt!)

.....

Empfehlung(en):

.....

Gerinnung:

RR-Grenzen: max. _____ mmHg syst. Überwachung: ICU IMC NCU

Kontrollbildgebung / Wiedervorstellung:

.....

Name und Unterschrift Konsiliaris / Name verantwortlicher Facharzt:

.....

Datum, Uhrzeit, Unterschrift Rückruf durchgeführt