

Neurochirurgisches Konsil

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

Klinik: _____ PLZ, Stadt _____

Straße, Hausnummer: _____

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 Konsiliarius / Name verantwortlicher Facharzt:

Klinik für Neurochirurgie

Komm. Direktor der Klinik
Prof. Dr.-J.F. Cornelius
Telefon 0211 81-17910
Fax 0211 81-19556
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/kliniken/klinik-fuer-neurochirurgie/>

Konsilanfragen:
Fax 0211 81 16509

zusätzlich telefonieren:
Notfall und dringlich:
Tel. 0211 81 07199
Elektive Vorstellungen:
Tel. 0211 81 07445