

Neurochirurgisches Konsil

Klinik für Neurochirurgie

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

Klinik: _____ PLZ, Stadt _____

Straße, Hausnummer: _____

Patientendaten/Aufkleber

Rückrufnr.: _____

Faxnr.: _____

anfordernder Arzt: _____

Datum, Uhrzeit: _____

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

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:

Datum, Uhrzeit, Unterschrift

Rückruf durchgeführt ☐