

Neurochirurgisches Konsil

Kontakt vorab:	Notfall	Dringlich (Kontrolle)	Elektiv	BILDGEBUNG
Telefon	0209/5902 - 7271		0209/5902 - 263	PACS <input type="checkbox"/>
Fax	0209/5902 - 268		0209/5902 - 268	Taxi(CD/Film) <input type="checkbox"/>

Patientendaten/Aufkleber	Klinik _____ Rückruf-Nr./Fax _____ _____ <p style="text-align: right;">Datum, Uhrzeit, Arzt und Unterschrift</p>
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnose(n): weitere Informationen (siehe unten)/Befund:	Glasgow Coma Scale Motorik (1-6) _____ Sprache (1-5) _____ Augen öffnen (1-4) _____ = GCS _____
kranial: Bewusstseinsstatus (GCS)?Pupillenstatus? Anisokorie? Seit wann? Medikamentöser Einfluss? Krampfanfall? spinal: Akute Lähmung? Conus/Cauda-Syndrom? Seit wann? Trauma? Maligne Grunderkrankung? peripher: Verletzungsmechanismus (stumpf/scharf)? Weichteilverhältnisse? Kontakt zu Angehörigen besteht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Therapielimitierung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Verfügung / Vollmacht liegt vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Neurochirurgische Diagnose/Therapieempfehlung:
Kontrollbildgebung/Wiedervorstellung :
_____ Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift Konsilarzt / Name verantwortlicher Facharzt