

## 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:	<b>Glasgow Coma Scale</b> 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	