

## Anmeldebogen zur lokalen Intervention

Fax: 0641/985-57999

Tel.: 0641/985-56500 (oder 56011) **(Telefonische Anmeldung zwingend erforderlich!)**

Pat.-Etikett oder
Name/Vorname
Geb.-Datum

Anmelder (Name) \_\_\_\_\_

Rückrufnummer \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Angehörige \_\_\_\_\_

Pat.-Verfügung    Vorsorgevollmacht    liegt vor    liegt nicht vor    unbekannt

**Diagnose/Verdachtsdiagnose** \_\_\_\_\_

Symptombeginn/letzter unauffälliger Kontakt (Datum/Uhrzeit) \_\_\_\_\_

NIHSS bei Aufnahme \_\_\_\_\_ bei Verlegung \_\_\_\_\_    beatmet    ja     nein

sys. Lyse:    ja, insgesamt mit \_\_\_\_\_ mg rt-PA, Beginn \_\_\_\_\_ Uhr    nein

wach    somnolent    soporös    komatös; Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

**Gerinnungsaktive Medikation:**

Thrombozytenfunktionshemmer:    ASS    Clopidogrel    andere \_\_\_\_\_

Antikoagulation:    Marcumar    Heparin/Heparinoid    DOAK \_\_\_\_\_

Wann zuletzt gegeben/genommen (Datum/Uhrzeit) \_\_\_\_\_    unbekannt

**Bildgebung:**    CCT     CTA     MRT     MRA

Infarktdemarkation:    ja, Gefäßterritorium/Region \_\_\_\_\_    nein

Gefäßverschluss:    ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_    nein    unbekannt

Bildgebung auf externem Server    ja    nein    Bildgebung als CD mitgegeben    ja    nein

**Bitte Anmeldung über IVENA oder Anruf bei Abfahrt unter Tel. 0641/985-56500!**

**Bitte Laborwerte u.a. Befunde faxen unter Fax 0641/985-57999!**

Erstellt am	von	Gültig ab	Freigegeben
15.06.2015	Dr.med. I. Schirotzek	01.07.2015	Prof. Dr.med. M. Kaps, Neurologie