

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