



Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr-Nord (NVNR-N)

Fax-Formular zur Patienten-Verlegung

Fax an:
Klinikum Vest, Zentrale Notaufnahme
02361 / 56 3142

Patientenaufkleber

Datum:

Verlegende Klinik:

Ansprechpartner: _____ **Telefon:**

Telefonische Kontaktaufnahme mit koordinierendem Zentrum erfolgt:

Fachgebiet (Klinikum Vest): _____ Ärztin/Arzt: _____

Telefonischer Kontakt Klinikum Vest unter:

02361/ 56 - 83711 (Neurologie); **83607** (Neurochirurgie); **83812** (Neuroradiologie);
0 (Gefäßchirurgie); **84114** (Anästhesie/Intensivmedizin)

Diagnosen:

Klinische Angaben und Fragestellung/Auftrag an koordinierendes Zentrum:

übermittelt: Arztbrief

□ CT-Schädel MR-Schädel CT-Myelon MR-Myelon

☐ Andere:

□ Laborbefunde

□ Andere:

Symptombeginn: Datum, Uhrzeit:

Unbekannt $\square$

Externer Beginn systemische Thrombolyse („Bridging“):

☐ ja ☐ nein

Dosis (mg): _____

Start Thrombolyse (Uhrzeit): _____

Door-to-Lyse-Zeit (im zuweisenden Zentrum): _____min

Door-to-Picture-Zeit (im zuweisenden Zentrum): _____min

Door in-to-Door out-Zeit (im zuweisenden Zentrum): _____min

Tel. Angehörige: _____

Patientenverfügung? Onein	0 ja	0 unbekannt
---------------------------	------	-------------

NIHSS bei Verlegung: _____ MRS bei Verlegung: _____

Wesentliche Vorerkrankungen: _____

Gerinnungsrelevante Vormedikation:

OASS ☐ Clopidogrel ☐ andere TFH _____

☐ Marcumar, INR _____ ☐ Heparin _____ ☐ unbekannt

NOAK: ☐ Dabigatran ☐ Rivaroxaban ☐ Apixaban ☐ Edoxaban

letzte Einnahme _____ Uhr ☐ unbekannt

Rückfragen an zuweisende Klinik unter Tel.:

Ort, Datum, Unterschrift
