



Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr-Nord (NVNR-N)

Fax-Formular

Anmeldung Hirngefäßkonferenz

Fax an:

Klinikum Vest: 02361 / 56

Neurologie **3799**, Neurochirurgie **3698**,
Neuroradiologie **3898**, Gefäßchirurgie **5011**

Patientenaufkleber

Datum: _____

Verlegende Klinik: _____

Ansprechpartner: _____ **Telefon:** _____

Telefax: _____

Folgende Unterlagen / Dokumente werden übermittelt:

- Arztbrief
- Radiologische Befunde: CD-ROM am Patienten Tele-PACS
 - CT-Schädel MR-Schädel CT-Myelon MR-Myelon
 - Andere:
- Laborbefunde
- Andere: _____

Diagnosen:

Klinische Angaben und Fragestellung/Auftrag an koordinierendes Zentrum:

Fragestellung:

Ort, Datum, Unterschrift (anmeldende Klinik)

Beratung des Falles in der Hirngefäßkonferenz am: _____

Empfehlungen zum weiteren Procedere:

Ort, Datum, Unterschrift (koordinierendes Zentrum)