



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:

Folgende Unterlagen / Dokumente werden mitgegeben / übermittelt:

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

Angaben zu Verlegungen zur mechanischen Rekanalisation bei akutem Hirninfarkt:

Symptombeginn: Datum, Uhrzeit: _____

unbekannt

Externer Beginn systemische Thrombolyse („Bridging“):

ja nein

Dosis (mg): _____

Start Thrombolyse (Uhrzeit): _____

Door-to-Lyse-Zeit (im zuweisenden Zentrum): _____ min

Tel. Angehörige: _____

Patientenverfügung? nein ja unbekannt

NIHSS bei Verlegung: _____

Wesentliche Vorerkrankungen: _____

Gerinnungsrelevante Vormedikation:

ASS Clopidogrel andere TFH _____

Marcumar, INR _____ Heparin _____ unbekannt

NOAK: Dabigatran Rivaroxaban Apixaban Edoxaban

letzte Einnahme _____ Uhr unbekannt

Rückfragen zur Verlegung an zuweisende Klinik unter Tel.: _____

Ort, Datum, Unterschrift