



## 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

Aufnahme in zuweisende Klinik: Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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 an zuweisende Klinik unter Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift