

Neurochirurgisches Konsil

Kategorie: elektiv
 dringlich
 Notfall

Klinik: _____
 Abteilung: _____
 Normalstation Intensiv
 Stadt: _____
 Rückrufnr.: _____
 Faxnr.: _____
 Arzt: _____
 Datum: _____

Patientendaten/Aufkleber

Klinik für Neurochirurgie
 Chefarzt: Prof. Dr. med. Jan Walter

Telefon, elektiv: 0681/963 - 2941
Telefon, Notfall: 0681/963 - 34096
 Fax: 0681/963 - 2942
 Fax, Dienst: 0681/963 - 2684
 E-Mail:
neurochirurgie@klinikum-saarbruecken.de
 Winterberg, 1
 66119 Saarbrücken

Hauptdiagnosen:

Aktuelle Anamnese/Epikrise:

Vorerkrankungen:

Radiologische Befunde:

Neurologischer Status*:

*Bei kranialen Fällen: Vigilanz¹? Pupillenstatus? Anisokorie? Seit wann? Krampfanfall?

*Bei spinalen Fällen: Akute Lähmung²? Querschnittsyndrom? Spinal Shock? Conus/Cauda Syndrom³? Seit Wann? Trauma? Malignität? Dermatombzuordnung?

¹Glasgow Coma Scale: Motorik (1-6) __ Sprache (1-5) __ Augen öffnen (1-4) __ = **GCS** __

²Kraftgrade: 5/5 normale Kraft, 4/5 Bewegung gegen Widerstand, 3/5 Bewegung gegen Gravität, 2/5 Bewegung gegen Gravität mit Hilfe, 1/5 Muskel Anspannung ohne Bewegung, 0/5 Plegie

³ Reithose Hypästhesie Nein Ja; Restharn von ____ ml; Anal Reflex: Nein Ja; Karnofsky Index ____

Blutverdünner: Nein Ja _____, Indikation der Blutverdünnung: _____

Gerinnung Status: Thrombozyten __, INR __, Quick __, aPTT __; Hämoglobin __; CRP __ WBC __

Kontakt zu Angehörigen besteht? Nein Ja; Therapielimitierung? Nein Ja; Verfügung/Vollmacht liegt vor? Nein Ja

Fragestellung:

Neurochirurgische Beurteilung:

Name und Unterschrift Konsiliarius/Name verantwortlicher Facharzt
 Rückruf durchgeführt

Datum, Uhrzeit