

# Neurochirurgisches Konsil

**Klinik für Neurochirurgie**

Kategorie: elektive Vorstellung  dringlich (z.B. Kontrolle)  **Notfall**

Klinik: \_\_\_\_\_ PLZ, Stadt \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

**Komm. Direktor der Klinik**  
Univ.- Prof. Dr. med. K. Faust  
Telefon 0211 81-17910  
Fax 0211 81-19556  
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/kliniken/klinik-fuer-neurochirurgie/>

Patientendaten/Aufkleber

Rückrufnr.: \_\_\_\_\_

Faxnr.: \_\_\_\_\_

anfordernder Arzt: \_\_\_\_\_

Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Konsilanfragen:**  
Fax 0211 81 16509

**zusätzlich telefonieren:**  
**Notfall und dringlich:**  
Tel. 0211 81 07199  
**Elektive Vorstellungen:**  
Tel. 0211 81 07445

med. Hauptdiagnosen: \_\_\_\_\_

aktuelle Anamnese/Epikrise: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose(n): \_\_\_\_\_

Bildgebung: \_\_\_\_\_

im PACS   
per Taxi / CD

Neurologischer Status: \_\_\_\_\_

Bei kranialen Fällen: Pupillenstatus? Anisokorie? Seit wann? Medikamentöser Einfluss? Krampfanfall?  
Bei spinalen Fällen: Akute Lähmung? Conus/Cauda-Syndrom? Seit wann? Instabilität? Maligne Grunderkrankung?

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

## Fragestellung(en):

Kontakt zu Angehörigen besteht? ja  nein  Therapielimitierung? ja  nein  wenn ja, Verfügung / Vollmacht liegt vor? ja  nein

**Neurochirurgische Beurteilung / Diagnose:** (wird vom UKD ausgefüllt!)

**Empfehlung(en):**

Gerinnung:

RR-Grenzen: max. .... mmHg syst.

Überwachung: ICU  IMC  NCU

**Kontrollbildgebung / Wiedervorstellung:**

Name und Unterschrift Konsiliarius / Name verantwortlicher Facharzt:

Datum, Uhrzeit, Unterschrift

Rückruf durchgeführt