

Aufnahmebogen Neurologie - Checkliste

Neurologie Prozessmanagement

Telefon 0621-5034246, Fax: 0621-5034248, email:neuopm@klilu.de



Angaben des*r einweisenden Arztes/Ärztin

| |
|--|
| Patient*in, Name: |
| Vorname: |
| Geb.-Datum: |
| Telefon/email: |
| Versichert: GKV <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> (stationär <input type="checkbox"/> , ambulant <input type="checkbox"/>) |
| Aktuelle Leitbeschwerde(n)/Verdachtsdiagnose(n) die abgeklärt werden soll(en): |
| Beschwerdedauer: < 1 Woche <input type="checkbox"/> < 1 Monat <input type="checkbox"/> < 1 Jahr <input type="checkbox"/> > 1 Jahr <input type="checkbox"/> Beschwerden: stabil <input type="checkbox"/> progredient <input type="checkbox"/> rasch progredient <input type="checkbox"/> |
| Pflegekategorie: A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> |
| Relevante Begleitdiagnosen/Probleme: Demenz <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität <input type="checkbox"/> Bettlägrigkeit <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> bzw. Betreuung <input type="checkbox"/> vorhanden Andere: |
| Patientin*in unter oraler Antikoagulation (OAK)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Präparat: |
| Bisher erfolgte neurologische Untersuchungen: keine <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> bitte Befunde und Medikamentenplan vorab zusenden! |
| Radiologische Vorbefunde/Bilder vorhanden? CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Bild (CD) wird bei Aufnahme mitgegeben <input type="checkbox"/> Befund wird vorab gefaxt/gemailt <input type="checkbox"/> |
| Gewünschte Untersuchungen: LP <input type="checkbox"/> unter Durchleuchtung <input type="checkbox"/> für NPH mit Testung <input type="checkbox"/> mit Druckmessung <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Video-EEG <input type="checkbox"/> bei LP Wunsch: 1. kleines Blutbild und Gerinnungslabor < 1 Woche alt zur Aufnahme mitgeben 2. bitte OAK rechtzeitig vor Aufnahme pausieren bzw. „bridgen“ wenn nötig! Andere <input type="checkbox"/> : |
| Einweisende*r Arzt/Ärztin..... FA Neuro <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Telefonnummer/Email..... Verlegung über externes Krankenhaus, Name: Ansprechpartner*in und Telefonnummer: |