

Formular – Konsiliarische Anfrage Neurochirurgie (extern)

Dieses Musterformular dient der strukturierten konsiliarischen Anfrage externer neurochirurgischer Fälle zwischen Krankenhäusern oder Praxen und einer neurochirurgischen Klinik. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen betreffen insbesondere die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nach DSGVO sowie die Dokumentation der konsiliarischen Leistung.

Anfragende Einrichtung

- Name der Einrichtung: _____
- Abteilung / Station: _____
- Straße / PLZ / Ort: _____
- Telefon / Fax: _____
- E-Mail: _____
- Ansprechpartner (Name, Funktion): _____

Konsiliarisch angefragte Fachrichtung

- Neurochirurgie
- Schwerpunkt:
 - Wirbelsäule
 - Intrakranielle Tumoren
 - Gefäßneurochirurgie (Aneurysmen, AVM, dAVF)
 - Intramedulläre / intraspinale Tumoren
 - Sonstiges: _____

Patientendaten

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: .._ _____
- Geschlecht: w m divers
- Krankenversicherer / Vers.-Nr.: _____

- Aktuelle Station / Aufenthaltsort: _____

Klinische Ausgangssituation

- Arbeitsdiagnose / Fragestellung:
- Relevante Vorerkrankungen / Voroperationen:
- Aktuelle Symptome / klinischer Status:

Bereits erfolgte Diagnostik

- Bildgebung:
 - CT Kopf / HWS / BWS / LWS (Datum: ..____)
 - MRT Kopf / HWS / BWS / LWS (Datum: ..____)
 - DSA / CTA / MRA (Datum: ..____)
 - Sonstiges: _____
- Kurzbefund / wesentliche radiologische Befunde:
- Labor / sonstige relevante Befunde:

Erwartung an das Konsil / Art der Anfrage

- Mit Bitte um Beurteilung des Befundes
- Mit Bitte um Therapieempfehlung
- Mit Bitte um Zweitmeinung
- Mit Bitte um Übernahme zur Weiterbehandlung / OP
- Mit Bitte um Mitbeurteilung und ggf. Verlegung
- Sonstiges: _____

Allgemeinzustand / Vorgeschichte

Betreuer / gesetzliche Vertretung vorhanden:

nein ja,

Name: _____ Telefon: _____

Erreichbar aktuell: ja nein

Onkologische Erkrankung in der Vorgeschichte: nein ja

Tumorentität / Primarius: _____

Bekannte Metastasen: nein ja unklar

Laufende onkologische Therapie: nein ja

Wenn ja: OP Radiatio Chemotherapie Immuntherapie Sonstiges: _____

AZ / EZ: AZ:

gut reduziert deutlich reduziert schlecht EZ: gut reduziert kachektisch /
mangelernährt unklar

Karnofsky-Status: 100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% ≤30%

Dringlichkeit:

- Notfall (Kontakt telefonisch vorab)
- Dringlich innerhalb 24 h
- Elektiv

Neurologischer Kurzfragebogen für externe Zuweiser

Neurologischer Status / Dringlichkeit

1. Vigilanz

- Wach und orientiert

- Somnolent
- Soporös
- Komatös
- Neu aufgetretene Vigilanzminderung?

2. Motorik / Kraft

- Neue motorische Schwäche? nein ja, seit:
- Lokalisation: Arm rechts Arm links Bein rechts Bein links beidseits
- Schwerste Kraftminderung:
 - 5/5
 - 4/5
 - 3/5
 - <3/5

3. Sensibilität / Querschnitt

- Sensibilitätsstörung? nein ja
- Vermutete Querschnittshöhe / sensibles Niveau:
- Reithosenanästhesie? nein ja
- Blasenstörung / Harnverhalt / Inkontinenz? nein ja
- Mastdarmstörung / Stuhlinkontinenz? nein ja

4. Schmerzen

- Akute starke Schmerzen? nein ja
- Lokalisation: Kopf HWS BWS LWS radikulär
- Schmerzbeginn: plötzlich progredient nach Trauma
- Schmerzstärke (NRS 0–10):
- Nächtliche / therapierefraktäre Schmerzen? nein ja

5. Red Flags

- Progrediente neurologische Verschlechterung

- Neue Parese
- Vigilanzminderung
- Fieber / Infektzeichen
- Tumoranamnese
- Frisches Trauma
- Antikoagulation
- Krampfanfall
- Sonstiges:

6. Bildgebung / Dringlichkeit

- Bereits vorhanden: CT MRT CTA/MRA keine
- Bei pathologischer Vigilanz, neuer Parese, Kraft <3/5, Querschnittssymptomatik oder Blasen-/Mastdarmstörung bitte **sofortige telefonische Kontaktaufnahme** mit dem neurochirurgischen Dienst.

Gewünschte Konsilform:

- Telefonische Rücksprache
- Schriftliche Stellungnahme
- Vorstellung des Patienten vor Ort
- Telekonsil / Bilddatentransfer über sicheren Übermittlungsweg.[cite:44][cite:45][cite:51]

Organisatorisches

- Bilddaten übermittelt via:
 - PACS-Anbindung
 - CD/DVD per Boten / Post
 - Telemedizin-Plattform: _____

- Rückantwort erbeten an:
 - Name / Funktion: _____
 - Telefon: _____
 - Fax: _____
 - E-Mail: _____

Datum: .._____

Unterschrift anfragender Arzt / Ärztin / Stempel:

Erklärung der anfragenden Einrichtung

Hiermit wird bestätigt, dass die Übermittlung der patientenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der externen neurochirurgischen konsiliarischen Beurteilung, Therapieempfehlung und ggf. Vorbereitung einer Weiterbehandlung medizinisch erforderlich ist. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 2 lit. h, Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit den einschlägigen nationalen Vorschriften zur medizinischen Versorgung.

Die anfragende Einrichtung bestätigt ferner, dass der Patient / die Patientin über die externe Konsilianfrage, die hierfür notwendige Übermittlung der Daten und die Verarbeitung durch die konsiliargebende Einrichtung informiert wurde und hierin eingewilligt hat, soweit keine anderweitige gesetzliche Erlaubnisnorm eingreift.

Hinweis der konsiliargebenden Klinik

Die eingehenden Unterlagen und die konsiliarische Stellungnahme werden als Teil der Behandlungsdokumentation verarbeitet und dokumentiert. Für die weitere Verarbeitung der im Rahmen des Konsils übermittelten Daten ist die konsiliargebende Klinik in ihrem Verantwortungsbereich datenschutzrechtlich selbst verantwortlich.

Die konsiliarische Leistung wird nach den jeweils einschlägigen abrechnungsrechtlichen Regelungen dokumentiert und abgerechnet. Soweit erforderlich, dürfen hierzu die für Leistungsnachweis, Kodierung, Dokumentation und Abrechnung notwendigen Angaben verarbeitet und an die jeweils berechtigten Stellen übermittelt werden.

Empfohlene Zusatzfelder für QM / Verwaltung

- Interne Fallnummer der anfragenden Einrichtung: _____
- Datum / Uhrzeit des Eingangs: _____
- Bearbeitender Neurochirurg / bearbeitende Neurochirurgin: _____
- Datum / Uhrzeit der Rückmeldung: _____
- Form der Rückmeldung: telefonisch schriftlich Telekonsil
- Abrechnungsrelevante Zuordnung / Vertragsgrundlage: _____
- Vollständigkeit der Unterlagen geprüft: ja nein
- Einwilligung / Information dokumentiert: ja nein

Kurze Version:

KONSILIARISCHE ANFRAGE NEUROCHIRURGIE (EXTERN)

Anfragende Einrichtung

Klinik / Praxis:

Abteilung / Station: _

Ort: Tel.: Fax:

E-Mail: Anfragender Arzt:

Patientendaten

Name, Vorname: Geb.-Datum: ..

Geschlecht: w m d KV / Nr.:

Aktuelle Station / Aufenthaltsort:

Konsilgrund / Schwerpunkt

Fragestellung / Arbeitsdiagnose (Stichworte):

Schwerpunkt (Mehrfachauswahl möglich):

Wirbelsäule Intrakranielle Tumoren Gefäßneurochirurgie

Intramedulläre / intraspinale Tumoren Sonstiges: _

Neurologischer Kurzstatus / Red Flags

Vigilanz

wach/orientiert somnolent soporös komatös

Neu aufgetretene Vigilanzminderung? nein ja

Motorik (schwerste Parese)

Neue Schwäche? nein ja, seit:

Lokalisation: Arm re Arm li Bein re Bein li beidseits

Schwerste Kraft: 5/5 4/5 3/5 <3/5

Sensibilität / Querschnitt

Sensibilitätsstörung? nein ja, Niveau:

Reithosenanästhesie? nein ja

Blasen-/Mastdarmstörung (Harnverhalt, Inkontinenz, Stuhlprobleme)?

nein ja

Schmerzen

Akute starke Schmerzen? nein ja

Lokalisation: Kopf HWS BWS LWS radikulär

Beginn: plötzlich progredient nach Trauma

NRS (0–10): Nächtlich / therapierefraktär? nein ja

Red Flags (bitte ankreuzen)

progrediente neurologische Verschlechterung

neue Parese

Vigilanzminderung

Querschnittssymptomatik / Reithosenanästhesie

Blasen-/Mastdarmstörung

Fieber / Infektzeichen

Tumoranamnese

frisches Trauma

Antikoagulation

Krampfanfall

Sonstiges: _

Allgemeinzustand / Vorgeschichte

Betreuer / gesetzliche Vertretung: nein ja, Name: Tel.:

Onkologische Vorgeschichte: nein ja, Primärtumor:

Metastasen: nein ja unklar

Aktuelle/letzte Therapie: keine OP RTx CTx ITx sonst.:

AZ: gut mäßig reduziert stark reduziert schlecht

EZ: gut reduziert kachektisch / Mangelernährung unklar

Karnofsky: 100 90 80 70 60 50 40 ≤30

Diagnostik / Dringlichkeit / Konsilform

Bereits erfolgte Diagnostik

Bildgebung: CT MRT CTA/MRA keine

Region: Kopf HWS BWS LWS Gefäße

Datum: .. Kurzbefund:

Weitere Befunde (Labor, EKG, etc., nur Relevantes):

Dringlichkeit

Notfall (bitte parallel telefonische Kontaktaufnahme)

Dringlich (≤ 24 h)

Elektiv

Gewünschte Konsilform

Telefonische Rücksprache

Schriftliche Stellungnahme

Vorstellung/Verlegung

Telekonsil / Bilddatentransfer (PACS / Plattform)

Bilddaten übermittelt via: PACS CD/USB Telemedizin-Plattform:

Rückantwort erbeten an (Name / Tel. / Fax / E-Mail):

Datum: .. Unterschrift / Stempel anfragender Arzt: