**Anforderung von Daten Neurochirurgie**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Klinikum: |       |
| Abteilung/Klinik: |       |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Direktor/Chefarzt: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |      @      |

a) Anzahl der Fachärzte:

b) Neurochirurgischer Präsenzdienst 24/7: [ ]  ja [ ]  nein

c) Neurochirurgischer Rufdienst 24/7: [ ]  ja [ ]  nein

d) Möglichkeit der teleradiologischen Mitbeurteilung: [ ]  ja [ ]  nein

Bemerkung:

e) Anzahl der Dekompressionsoperationen bei raumfordernden Hirninfarkten:

 Supratentoriell:

 infratentoriell:

f) Anzahl aus der hiesigen SU-Fachabteilung:

 Supratentoriell:

 infratentoriell:

g) Anzahl der Aneurysmaoperationen:

 Symptomatisch:

 asymptomatisch:

h) Verhältnis Clipping : Coiling von Aneurysmen:       :

Bemerkungen: