

**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: