**Zusatzformular der kooperierenden Klinik**

## 4.1 Kooperierende Klinik/Abteilung:

|  |
| --- |
| *Es ist von jeder kooperierenden Klinik ein Exemplar (5.1, 5.2) auszufüllen!* |

a) Name:

b) Kooperierende Abteilung:

c) Entfernung (km) zum Zentrum im NVN (< 100 km):       km

d) Transport durch: [ ]  NAW/RTW

 [ ]  Hubschrauber

 [ ]  beides

e) Neurologische Klinik vorhanden: [ ]  ja [ ] nein

f) Stroke Unit vorhanden: [ ]  ja [ ] nein

 [ ]  regional

 [ ]  überregional

 [ ]  nicht zertifiziert

       Bettenzahl

g) Schlaganfallpatienten einschließlich TIA / Jahr\*:

- systemische Thrombolysen:

h) Anzahl der versorgten Patienten mit Entlassungsdiagnose Schlaganfall:

i) Teilnahme am Qualitätsregister Schlaganfall: [ ]  ja [ ] nein

j) DEGUM Zertifikat: [ ]  ja [ ] nein

k) Allgemeinstation (Bettenzahl):

l) Comprehensive Stroke Unit (Bettenzahl):

m) Intermediate Care Station (Bettenzahl):

n) Neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation (Bettenzahl):

o) Neuro-Geriatrie (Bettenzahl):

p) andere:

q) Modus der neurologischen Präsenz in der Notaufnahme:

r) Schlaganfallversorgung durch internistische Klinik: [ ]  ja [ ] nein

s) Neurochirurgische Expertise auf Facharztbasis: [ ]  ja [ ] nein

 Falls ja, Darlegung der Struktur (detaillierte Beschreibung):

t) Neurochirurgische Klinik/Abteilung vorhanden: [ ]  ja [ ] nein

 -Falls ja bitte den Teil 2.3 und 2.4 des Antrages für Ihr koordinierendes Zentrum ausfüllen und anfügen

u) Interventionelle Radiologie / Neuroradiologie vorhanden: [ ]  ja [ ] nein

 -Falls ja bitte den Teil 2.5 des Antrages für Ihr koordinierendes Zentrum ausfüllen

v) Gefäßchirurgie vorhanden [ ]  ja [ ] nein

 -Falls ja bitte den Teil 4.1 des Antrages für Ihr koordinierendes Zentrum ausfüllen

w) Kardiologische Klinik/Abteilung vorhanden: [ ]  ja [ ] nein

x) Kardiologische Expertise auf Facharztbasis: [ ]  ja [ ] nein

y) Elektronische Bilddatenübermittlung: [ ]  ja [ ] nein

z) Zugelassene Teleradiologie mit Befundung: [ ]  ja [ ] nein

aa) Telemedizin i. S. von klinischer Beurteilung von Patienten: [ ]  ja [ ] nein

 Falls ja, Darlegung der Struktur (detaillierte Beschreibung):

**Falls t, u oder v mit ja beantwortet wurden:**

## 4.2 Qualitätsindikatoren der kooperierenden Klinik:

a) akute rekanalisierende Therapie:

- systemische Thrombolyse:

- mechanische Thrombektomie:

b) Anzahl der NCH Operationen im vergangenen Jahr:

- Kopf:

- Wirbelsäule:

c) Dekompressionshemikraniektomie:

- vaskulär:

- traumatisch:

d) Anzahl nicht traumatischer ICB:

- konservativ:

- operativ:

e) Aneurysmabehandlung:

- akut – Clipping:

- elektiv - Clipping:

- akut Coiling:

- elektiv Coiling:

f) Gefäßmissbildungen:

- AVM/Durafistel – operative Versorgung:

g) Karotis-Stenosen (nicht akut):

- TEA symptomatisch:

- TEA asymptomatisch:

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

- CAS symptomatisch:

- CAS asymptomatisch:

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

|  |
| --- |
| *zu g: \*Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten/Jahr (inkl. TIA; ICD-10: G45 (ohne G45.4), I61, I63.x, I64), ICB ist I60.\*, SAB I61.\*), die auf der SU behandelt werden und (getrennt) Anzahl aller Schlaganfallpatienten/Jahr (inklusive TIA) der Abteilung.**zu i Teilnahme am Qualitätsregister Schlaganfall: Mindestkriterium* |

## 4.3 Anzahl der dem koordinierenden Zentrum zugewiesenen Patienten pro Jahr nach Fragestellung:

|  |
| --- |
| *aus dem Controlling der kooperierenden Klinik* |

a) rekanalisierende Therapie:

- door-to-shipment:

- door-to-door Zeiten (Sekundärverlegung):

b) Dekompressionshemikraniektomie:

c) ICB:

d) SAB:

e) Gefäßmalformationen:

f) Karotis-Stenosen:

g) Anzahl der vom koordinierenden Zentrum abgelehnten Patienten:

**4.4 Darlegung der Rolle und Teilhabe dieser kooperierenden Klinik im Netzwerk:**

**4.5. Anzahl einem anderen Zentrum (bitte Namensnennung) zugewiesenen Patienten:**

1. Anzahl:       Name des Zentrums:

2. Anzahl:       Name des Zentrums:

3. Anzahl:       Name des Zentrums:

4. Anzahl:       Name des Zentrums: