

Patientendaten & Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Übergabe:

☐ Anruf erfolgt?

Vorzustand:

Mobilität:

☐ gehfähig ☐ mit Rollator mobil ☐ im Rollstuhl ☐ bettlägerig

Kommunikation:

☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich

Versorgung:

☐ unabhängig ☐ Unterstützung ☐ vollständige Pflege

Allergien:

Vorsorgevollmacht:

☐ ja (mitbringen!) / ☐ nein

Patientenverfügung:

☐ ja (mitbringen!) / ☐ nein

Telefonnummern (auf Erreichbarkeit hinweisen!):

(anwesende) Angehörige (Mobilnummer!): _____

Pflegepersonal (Durchwahl!): _____

Klinischer Status

AKUT aufgetretene

☐ Bewusstseinsstörung

☐ Kopfschmerzen

☐ Blickwendung

☐ Sehstörung/Doppelbilder

☐ Dysarthrie (verwaschenes Sprechen)

☐ Aphasie (Sprachstörung)

☐ Schwindel

☐ Gefühlsstörung

☐ rechts ☐ links

☐ Faziale Parese

☐ rechts ☐ links

☐ Armparese

☐ rechts ☐ links

☐ Beinparese

☐ rechts ☐ links

sonstiges:

Klinischer Status als Flow Chart:

Blickwendung?

nein

ja

Sprachstörung?

Faziale Parese?

Armparese?

≥ 2 vorhanden?

nein

ja

Zeitfenster

Zeitfenster:

Zuerst krank gesehen _____ : _____

oder

Symptom mind. seit _____ : _____

&

Zuletzt gesund gesehen _____ : _____

Vormedikation (AKTUELLEN MEDIKAMENTENPLAN mitbringen!)

Thrombozytenfunktionshemmer: ☐ NEIN

☐ JA, aber unbekannt

☐ ASS ☐ Clopidogrel ☐ anderer: _____

DOAK: ☐ NEIN

☐ JA, aber unbekannt

☐ Dabigatran ☐ Apixaban ☐ Rivaroxaban ☐ Edoxaban

Letzte Einnahme: _____ : _____

Marcumar: ☐ NEIN

☐ JA

Heparin: ☐ NEIN

☐ JA, aber unbekannt

☐ JA: _____

Unterschrift: _____

☐ Notarzt ☐ Notfallsanitäter

Erstellt: Stroke Units RDB Nürnberg

Freigabe: ÄLRD Nürnberg

Version: 1.0

Erstellt: 05/2026

Freigabe: 06/2026

Seite: 1 von 1