



Basis	
Zentrums - Nr.	_____
Patientenidentifikation	

Aufnahmedatum	
TT.MM.JJJJ	_____
Geburtsdatum	
TT.MM.JJJJ	_____
Geschlecht	
männlich	<input type="checkbox"/>
weiblich	<input type="checkbox"/>
Versorgungssituation vor Akutereignis	
unabhängig zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege zu Hause	<input type="checkbox"/>
Pflege in Institution	<input type="checkbox"/>

Anamnese / Diagnostik	
Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme:	
≤ 1 h	<input type="checkbox"/>
1 - 2 h	<input type="checkbox"/>
2 - 3 h	<input type="checkbox"/>
3 - 3.5 h	<input type="checkbox"/>
3.5 - 4 h	<input type="checkbox"/>
4 - 6 h	<input type="checkbox"/>
6 - 24 h	<input type="checkbox"/>
24 - 48 h	<input type="checkbox"/>
> 48 h	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>
Symptome bei Aufnahme:	
	ja nein nicht bestimmbar
Motorische Ausfälle (Arm/Hand o. Bein/Fuss)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprechstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bewusstsein	
wach	<input type="checkbox"/>
somolent-stuporös	<input type="checkbox"/>
komatös	<input type="checkbox"/>
Dauer der Symptome:	
< 1 h	<input type="checkbox"/>
1 - 24 h	<input type="checkbox"/>
> 24 h	<input type="checkbox"/>

ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis:	_____ . _____
Komorbidität:	
	ja nein
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Früherer Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ranking Skala:	≤ 24 h nach Aufnahme	Bei Entlassung
keine Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine wesentl. Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringe Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mässige Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelschwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tod		<input type="checkbox"/>

Barthel-Index:	≤ 24 h nach Aufnahme	Bei Entlassung
Blasenkontrolle		
kontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gelegentlicher Verlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagewechsel Bett/Stuhl		
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung		
vollständig selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grosse Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständig abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIH Stroke Scale bei Aufnahme:	_____
Diagnostik	
	ja nein
CCT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MRT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frische Läsion in Bildgebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zeitintervall Aufnahme bis erste Bildgebung	
≤ 30 min	<input type="checkbox"/>
30 - 60 min	<input type="checkbox"/>
1 - 3 h	<input type="checkbox"/>
3 - 6 h	<input type="checkbox"/>
> 6 h	<input type="checkbox"/>
Bildgebung vor Aufnahme erfolgt	<input type="checkbox"/>
keine Bildgebung	<input type="checkbox"/>



Diagnostik			
	ja	nein	nicht durchführbar
Schlucktest nach Protokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirngefäßdiagnostik			
Extrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrakraniell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapie		
	ja	nein
Antikoagulation (Marcumar/Heparin) einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombozytenaggregationshemmer ≤ 48 h nach Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombozytenaggregationshemmer bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekundärprophylaxe:		
Antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thrombolyse		
	ja	nein
Intravenöse Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraarterielle Lyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitintervall Aufnahme bis Beginn Thrombolyse		
keine Lyse durchgeführt		<input type="checkbox"/>
≤ 30 min		<input type="checkbox"/>
30 - 60 min		<input type="checkbox"/>
1 - 2 h		<input type="checkbox"/>
2 - 3 h		<input type="checkbox"/>
3 - 4 h		<input type="checkbox"/>
4 - 6 h		<input type="checkbox"/>
> 6 h		<input type="checkbox"/>

Rehabilitation			
	nein	≤ Tag 2 nach Aufnahme	> Tag 2 nach Aufnahme
Physiotherapie / Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Komplikationen		
	ja	nein
Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie		
erhöhter Hirndruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information Patienten und/oder Angehörige vor Entlassung		
	ja	nein
durch Arzt zu Krankheitsverlauf / Prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Sozialdienst / Pflegedienst zu Unterstützungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entlassungsdatum
TT.MM.JJJJ

Entlassung / Verlegung	
nach Hause	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsklinik	<input type="checkbox"/>
andere Abteilung	<input type="checkbox"/>
externe (Akut) Klinik	<input type="checkbox"/>
Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>
verstorben	<input type="checkbox"/>

Versorgungsforschung (Dokumentation fakultativ)	
Transport in Krankenhaus	
Notarztwagen	<input type="checkbox"/>
Rettungswagen	<input type="checkbox"/>
Selbst	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>

Veranlassung Krankenseinweisung	
Selbst	<input type="checkbox"/>
Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/>
Stationär vorbehandelt	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Aufnahmestation Krankenhaus	
Stroke Unit	<input type="checkbox"/>
Intensivstation	<input type="checkbox"/>
Normalstation	<input type="checkbox"/>

Komplikationen	
Reinfarkt	<input type="checkbox"/>
Thrombose/Lungenembolie	<input type="checkbox"/>
epileptischer Anfall	<input type="checkbox"/>
Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/>
Intrazerebrale Blutung	<input type="checkbox"/>

Ätiologie Hirninfarkt (Toast-Kriterien)	
kein Hirninfarkt	<input type="checkbox"/>
Large artery atherosclerosis	<input type="checkbox"/>
Cardioembolism	<input type="checkbox"/>
Small artery occlusion	<input type="checkbox"/>
Other cause	<input type="checkbox"/>
Undefined cause	<input type="checkbox"/>
Concurrent aetiology	<input type="checkbox"/>

geplante Rehabilitation nach Entlassung aus Akutbehandlung	
keine Reha geplant	<input type="checkbox"/>
Reha Phase B	<input type="checkbox"/>
Reha Phase C	<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-stationär	<input type="checkbox"/>
Reha Phase D-amb./teilstat.	<input type="checkbox"/>
Geriatrische Reha	<input type="checkbox"/>
Sonstige Reha	<input type="checkbox"/>