

Anhang

Dokument 1: Informationsbroschüre für Patienten

Dokument 2: Merkblatt zum Datenschutz

Dokument 3: Einverständniserklärung für Patienten

Dokument 4: Einverständniserklärung durch Angehörige

Dokument 5: nachträgliche Einverständniserklärung

Dokument 6: Interview mit Schlaganfallpatienten

Dokument 7: SF12 - Fragebogen zum Gesundheitszustand

Dokument 8: Notaufnahmebogen für Schlaganfallpatienten

Dokument 9 : NIH-Stroke Scale

Dokument 10: Ärztliche Anamnese, Akutdiagnostik und -therapie

Dokument 11: Arztbrief-Auswertung



Projekt

„Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall“

Patienteninformation

Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse an dieser Studie geweckt haben und einige Ihrer Fragen beantworten konnten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns durch Ihre Teilnahme unterstützen könnten.



Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Ihre Ansprechpartnerin ist:
Frau Ines Kehler
Medizinische Dokumentarin
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Tel.: 450 529038**

**Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Klinikum für Neurologie
Universitätsklinikum Charité
Medizinische Fakultät
Humboldt-Universität zu Berlin
10098 Berlin**

Patienteninformation zum Projekt
„Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall“

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

der Schlaganfall ist eine der am häufigsten auftretenden Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Deshalb ist es wichtig, den Gesamtablauf vom ersten Bemerkten der Symptome bis zum Einsatz der Behandlung zu dokumentieren. Gerade die ersten Stunden nach Einsetzen der Beschwerden sind für den weiteren Verlauf der Erkrankung von großer Bedeutung. Unser Ziel ist es, die Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall zu optimieren.

Mit dieser Befragung möchten wir den Verlauf Ihrer Erkrankung vor Aufnahme in das Krankenhaus erfassen. In dieser Studie werden wir ca. 1000 Patienten befragen, die in die Krankenhäuser Campus Charité-Mitte, Campus Charité-Virchow, Friedrichshain und Moabit mit Verdacht auf einen Schlaganfall eingeliefert wurden. Um die Qualität der Versorgung weiterhin zu verbessern, werden wir die Ergebnisse zusammentragen und gezielte Maßnahmen zur besseren Aufklärung und Hilfe einleiten.

Wir würden uns über Ihre Mitarbeit sehr freuen!

Wie sieht der Verlauf der Studie aus?

Wenn Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen, indem Sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben, wird zunächst ein ca. halbstündiges

Interview erfolgen. Weiterhin werden Daten aus Ihrer Krankenakte übernommen. Um den zeitlichen Ablauf bis zum Eintreffen im Krankenhaus zu vervollständigen, werden wir gegebenenfalls den Zeitpunkt des Hilferufs von der Feuerwehr bzw. vom ärztlichen Notdienst einholen.

Innerhalb der routinemäßigen Blutabnahme wird ein Röhrchen Blut abgenommen, aus dem Blutwerte bestimmt werden sollen, um zukünftig den Schweregrad des Schlaganfalls besser einzuschätzen.

Nach einem halben Jahr möchten wir gerne eine zweite Befragung mit Ihnen durchführen, die bei Ihnen zu Hause stattfinden wird.

Wie schützen wir Ihre Daten?

Ihre Angaben werden vertraulich und unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wissenschaftlich ausgewertet.

Wir bitten Sie, in der Einverständniserklärung Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihre Telefonnummer anzugeben. Diese Angaben benötigen wir, um mit Ihnen für die zweite Befragung Kontakt aufnehmen zu können. Die Einverständniserklärung wird getrennt von allen anderen Unterlagen aufbewahrt und nach Studienende vernichtet. Die Angaben aus dem Interview werden ohne Ihren Namen in den Computer eingegeben, so dass eine Zuordnung der Daten zu einer Person nicht mehr möglich ist.

Ihre Mitarbeit kann selbstverständlich jederzeit widerrufen werden.

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben

Das Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemiologie ist ein Institut der Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin. Unsere Arbeit folgt streng den Bestimmungen des gesetzlichen Datenschutzes. Die erbetenen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wissenschaftlich ausgewertet. Nur auf der Einverständniserklärung stehen Name, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer. Dies ist notwendig, damit unser Interviewer Sie zu einem späteren Zeitpunkt ein weiteres Mal befragen kann bzw. ergänzend Fragen telefonisch geklärt werden können. Die Einverständniserklärung wird getrennt von allen anderen Studienunterlagen aufbewahrt und nur einzelne hierfür gesondert autorisierte Studienmitarbeiter haben Zugang zu Ihren persönlichen Daten. Nach Studienende wird die Einverständniserklärung und damit Ihre persönlichen Daten vernichtet. Eine Zuordnung der erhobenen Daten zu einer bestimmten Person ist dann nicht mehr möglich.

Was geschieht mit Ihren Angaben im Fragebogen und den medizinischen Meßwerten?

Unser Interviewer wandelt Ihre Angaben in statistische Zahlen um und gibt diese Zahlen ohne Ihren Namen oder Ihre Adresse in den Computer ein. Die Angaben werden nur durch eine Codenummer miteinander verknüpft. Eine Verbindung mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse ist nicht mehr möglich. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in anonymisierter Form und für Gruppen zusammengestellt. Das bedeutet, niemand kann später aus Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben gemacht wurden.

Sollten Ihrerseits noch Fragen hinsichtlich des Datenschutzes bestehen, können Sie sich jederzeit gerne unter der Telefonnummer 450 529035 an unsere Mitarbeiterin Frau Binting, Beauftragte für Datenschutz, wenden.

Berlin, 21. Mai 2001

Prof. Dr. Stefan N. Willich
(Projektleiter)

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, an dem Forschungsprojektes '*Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall*' teilzunehmen.

Der Datenschutz muß entsprechend der mir zur Verfügung gestellten "Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben" gewährleistet sein.

Nach Abschluß des Projektes werden alle Unterlagen, die einen Personenbezug herstellen können, vernichtet.

Über die Studie wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Datum

Unterschrift

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Interviewer im Rahmen der oben genannten Studie in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, Einsicht in meine Krankenakte nehmen darf.

Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie auch den nachfolgenden Teil aus:

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon (freiwillig)

Geburtsdatum

**Einverständniserklärung
(erklärt durch einen Angehörigen)**

Ich bin ein/e Angehörige/r

Nachname des Angehörigen	Vorname des Angehörigen	
Postleitzahl	Wohnort	Straße, Hausnummer
Verwandtschaftsgrad		

des Patienten

Nachname des Patienten	Vorname des Patienten	
Postleitzahl	Wohnort	Straße, Hausnummer
Telefon (freiwillig)	Geburtsdatum	

und mir wurde verständlich erklärt, dass die Teilnahme an dem Forschungsprojekt '*Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall*' im Sinne des Patienten ist. Ich erwarte, dass eine persönliche Einverständniserklärung von dem Patienten zum frühest möglichen Zeitpunkt eingeholt wird.

Sollte der Patient später seine Einverständnis zur Teilnahme an der Studie verweigern, so wurde mir zugesichert, dass alle bereits erhobenen Daten umgehend vernichtet werden.

Der Datenschutz muß entsprechend der mir zur Verfügung gestellten "Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben" gewährleistet sein.

Nach Abschluß des Projektes werden alle Unterlagen, die einen Personenbezug herstellen können, vernichtet.

Über die Studie wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Einverständniserklärung (nachgeholt)

Ich bin einverstanden, an dem Forschungsprojektes '*Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall*' teilzunehmen.

Der Datenschutz muß entsprechend der mir zur Verfügung gestellten "Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben" gewährleistet sein.

Nach Abschluß des Projektes werden alle Unterlagen, die einen Personenbezug herstellen können, vernichtet.

Über die Studie wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Datum

Unterschrift

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Interviewer im Rahmen der oben genannten Studie in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, Einsicht in meine Krankenakte nehmen darf.

Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie auch den nachfolgenden Teil aus:

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefon (freiwillig)

Geburtsdatum

Dokument 6: Interview mit Schlaganfallpatienten

im Rahmen der „Berliner Akuter Schlaganfall-Studie“ (BASS)
(Abschrift der ACCESS®-Eingabemaske)

Patientencode: _ _ _ _

Prähospitalphase:

1. Wann sind Sie geboren? Geburtsdatum __ / __ / ____

(1) Symptome und Zeitpunkt des Bemerkens

2. Weshalb sind Sie ins Krankenhaus gekommen?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schwächegefühl in einem Körperteil | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hängender Mundwinkel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Taubheitsgefühl in einem Körperteil | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sehstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwindel und/oder Übelkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Beschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

3. Wer hat diese Beschwerden zuerst bemerkt?

- Ich selbst Andere Person

4A. Wissen Sie noch, an welchem Tag diese Beschwerden begonnen haben?

Ja, und zwar am __ / __ / _____

Nein

4B. Wissen Sie noch die Uhrzeit, an der diese Beschwerden begonnen haben?

Ja, um __ : __ (Stunde:Minuten)

Nein

Wenn nein, können Sie sich noch erinnern, welche Tageszeit es war?

Morgens

Mittags

Nachmittags

Abends

Nachts

5. Wo waren Sie, als die Beschwerden begonnen haben?

Zuhause

Am Arbeitsplatz → 7

Bei Verwandten, Freunden, Bekannten

Sonstiges

6A. Sind Sie durch die Beschwerden aufgewacht?

Ja → 8

Nein

6B. Haben Sie die Beschwerden beim Aufwachen bemerkt?

Ja → 8

Nein

7. Was haben Sie unmittelbar vor Beginn der Beschwerden getan?

7A. Haben Sie sich körperlich angestrengt, z.B. im Garten gearbeitet, Sport getrieben, schwere Sachen gehoben etc.?

Ja Nein

7B. Haben Sie sich gerade besonders über etwas geärgert oder aufgeregt?

Ja Nein

7C. Waren Sie gerade auf der Toilette?

Ja Nein

7D. Waren Sie gerade sexuell aktiv?

Ja Nein

8. Hatten Sie Kopfschmerzen:

innerhalb der 24 h vor dem Ereignis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
während des Ereignisses	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nach dem Ereignis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

9. Hatten Sie Nackenschmerzen:

innerhalb der 24 h vor dem Ereignis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
während des Ereignisses	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nach dem Ereignis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

10. Leiden Sie unter Migräne?

Ja Nein Weiß nicht

(2) Einschätzen der Symptome

11. Was haben Sie zuerst gedacht, als die Beschwerden auftraten?

- Es ist nichts Ernsthaftes, z.B. der Arm ist eingeschlafen oder eine Art Migräne
- Es ist ein Schwächeanfall/allgemeines Unwohlsein
- Es ist ein Herzinfarkt
- Es ist ein Schlaganfall
- Sonstiges

12.A Haben Sie die Beschwerden für dringend gehalten?

- Ja, ich muss sofort Hilfe holen
- Nein

12.B Haben Sie diese Beschwerden zuvor schon einmal bemerkt?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

12.C Sind diese Beschwerden plötzlich aufgetreten?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

(3) Suchen medizinischer Hilfe

13. Als die Beschwerden begonnen haben, waren Sie ...?

- Alleine
- Mit einer Bezugsperson oder Freunden/Bekanntem/Kollegen zusammen
- Unter Fremden

14. Wen haben Sie als erstes um Hilfe gerufen?

- Bezugsperson oder Bekannte/Freunde/Kollegen/Nachbarn
- Fremde
- Feuerwehr oder Rettungswagen, Hausarzt, Ärztlicher Notdienst, Notaufnahme etc. → **16**
- Niemanden / Keine der Antworten trifft zu

15. Wer hat die medizinische Hilfe, z.B. Hausarzt, Feuerwehr/Notruf112 oder einen Rettungswagen, geholt (bzw. die Notaufnahme alarmiert)?

- Ich selbst
- Andere Person

16. Wann wurde die medizinische Hilfe gerufen?

- TT / MM / JJ, hh:mm
- keine genaue Angabe möglich → **16B**

16B. Wenn keine genaue Angabe möglich ist: War es ... ?

- Sofort nach Beginn der Beschwerden
- Ein bis zwei Stunden nach Beginn
- Mehrere Stunden danach
- Am nächsten Tag
- In den nächsten Tagen oder in der(n) nächste(n) Woche(n)

17. Wen haben Sie (oder die von Ihnen benachrichtigte/n Person/-en) um medizinische Hilfe gebeten?

- Hausarzt (telefonisch) → **18**
- Hausarzt (Praxis) → **19**
- Feuerwehr → **20**
- Kassenärztlicher Notdienst → **21**
- Notaufnahme im Krankenhaus → **21**
- Krankentransport → **21**

18. Was hat der Hausarzt/die Hausärztin bei Ihrem Anruf getan?

- Hat mich aufgefordert, in ihre/seine Praxis zu kommen: wenn ja, wann?
 - sofort
 - zu einem späteren Zeitpunkt
- Ist zu mir nach Hause gekommen
- Hat mir geraten, selber in die Klinik zu fahren: wenn ja, wie?
 - mit dem Taxi
 - ohne nähere Anweisung
 - mit einer Begleitperson
- Hat weitere medizinische Hilfe alarmiert: wenn ja, wen?
 - hat er die Feuerwehr/Notruf112 alarmiert
 - hat er den Kassenärztlichen Notdienst alarmiert
 - hat einen Krankentransport bestellt
 - hat mir geraten, die Feuerwehr zu rufen

19. Was hat der Hausarzt/die Hausärztin bei Ihrem Besuch in der Praxis veranlasst?

- Hat mir geraten abzuwarten
- Hat Untersuchungen veranlasst und eine Therapie verschrieben
- Hat mir geraten, selber in die Klinik zu fahren: wenn ja, wie?
 - mit dem Taxi
 - ohne nähere Anweisung
 - mit einer Begleitperson
- Hat weitere medizinische Hilfe alarmiert: wenn ja, wen?
 - hat er die Feuerwehr/Notruf112 alarmiert
 - hat er den Kassenärztlichen Notdienst alarmiert
 - hat einen Krankentransport bestellt

(4) Erfahrung mit Feuerwehr bzw. mit Schlaganfall

20. Woher haben Sie gewusst, dass Sie die Feuerwehr/Notruf112 alarmieren sollen?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Durch ein früheres Erlebnis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aus Informationen durch die Medien (Zeitung, Fernsehen, Radio) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durch den Hausarzt/die Hausärztin | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durch andere, z.B. Bezugsperson, Kollegen, Nachbarn etc. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Selbstverständlich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

21. Warum haben Sie nicht die Feuerwehr/Notruf112 alarmiert?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sie haben die Beschwerden nicht für ernst genug gehalten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie wussten nicht, dass die Feuerwehr für solche Notfälle zuständig ist | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie wollten die Feuerwehr nicht rufen, wenn ja, warum? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Weil Sie sich nicht getraut haben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Weil Sie mehr Vertrauen zu meinem Hausarzt bzw. Hausärztin haben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

22. Haben Sie früher schon die Feuerwehr/Notruf112 gerufen?

- Ja Nein

23. Haben Sie vor Ihrem Krankenhausaufenthalt gewusst, was ein Schlaganfall ist?

- Ja, wenn ja, von wem?
- Von meinem Hausarzt/meiner Hausärztin
 - Aus den Medien, z.B. Fernsehen, Radio, Zeitung
 - In meiner Familie oder in meinem Bekannten- oder Freundeskreis hat es schon einmal einen Schlaganfall gegeben
- Nein, davon habe ich noch nicht gehört

24. Was haben Sie vor Ihrem Krankenhausaufenthalt über den Schlaganfall gedacht?

- "Bei einem Schlaganfall kann man sowieso nichts machen"
- "Der Schlaganfall muss zwar ärztlich behandelt werden, aber es eilt nicht so"
- "Der Schlaganfall ist ein Notfall, bei dem man sofort in die Klinik muss"
- Keine der Antworten

(5) Medizinische Vorgeschichte

25. Welche anderen Krankheiten haben Sie (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Durchblutungsstörung in den Beinen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Verengte Halsschlagader(n) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

26. Haben Sie früher schon einmal einen Schlaganfall gehabt?

- Ja, wenn ja,
wie viele Schlaganfälle hatten Sie bisher? __ (Anzahl)
1. Schlaganfall: TT / MM / JJ oder vor __ Jahren
letzter Schlaganfall: TT / MM / JJ oder vor __ Jahren
- Nein

27. Haben Sie regelmäßig vor Ihrer Einweisung ins Krankenhaus folgende Medikamente eingenommen?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Medikamente gegen den erhöhten Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Medikamente gegen erhöhte Blutfette/erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Medikamente/Spritzen gegen erhöhten Blutzucker | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Aspirin (ASS) oder Plavix oder Iscover oder Ticlyd zur Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Marcumar oder Falithrom oder Warfarin zur Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Medikamente bei Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| Medikamente bei Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

28. Hat in Ihrer Familie, z.B. Geschwister, Eltern, schon einmal jemand einen Schlaganfall gehabt?

- Ja Nein Weiß nicht

29. Hat in Ihrer Familie, z.B. Geschwister, Eltern, schon einmal jemand einen Herzinfarkt gehabt?

- Ja Nein Weiß nicht

30. Wird Ihr Blutdruck regelmäßig kontrolliert?

- Ja, wenn ja, wo? (Mehrfachnennung möglich)
- Beim Hausarzt, bei der Hausärztin
 - Eigenes Gerät
 - Sonstiges (Apotheke, Betrieb usw.)
- Nein, wird nicht regelmäßig kontrolliert

(7) Soziodemographie

35. Geschlecht

- Männlich Weiblich

36. Was haben Sie für eine Staatsangehörigkeit?

- Deutsch Andere

37. Leben Sie alleine?

- Ja → **40** Nein

38. Falls Sie alleine leben, wo wohnen Ihre Angehörigen (Kinder, Geschwister, etc.)?

- In derselben Stadt
 Weiter entfernt
 Ich habe keine Angehörigen

39. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Habe keinen Abschluss
 Volksschul- oder den Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss oder den Abschluss der Polytechnischen Oberschule
 Fachhochschulreife
 Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
 Anderer Abschluss

40. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

- Vollzeit-erwerbstätig (mind. 35 Stunden pro Woche)
- Teilzeit-erwerbstätig (unter 35 Stunden pro Woche)
- Vorruhestand, Rentner(in), Pensionär(in)
- Zur Zeit nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau/mann, arbeitslos, beurlaubt)

41. Arbeiten Sie (oder haben Sie gearbeitet) überwiegend körperlich oder üben (oder haben Sie ausgeübt) Sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit aus?

- Überwiegend körperlich
- Überwiegend sitzend
- Habe noch nie gearbeitet

42. Wo wohnen Sie?

- In meiner eigenen Wohnung
- Bei meinen Kindern, Geschwistern etc.
- In einem Seniorenheim
- In einem Pflegeheim
- Sonstiges

43. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Anzahl: __

44. Wie viel Geld steht Ihnen zusammen monatlich netto zur Verfügung? Bitte nennen Sie anhand dieser Karte die Zahl, deren Einkommensgruppe Sie angehören.

- (1) unter 1000,-DM
- (2) 1000- unter 2500,-DM
- (3) 2500- unter 4000,-DM
- (4) über 4000,-DM
- Weiß nicht
- Möchte keine Angabe machen

45. Wo haben Sie im Jahre 1988 gewohnt?

- In den neuen Bundesländern
- In den alten Bundesländern
- Im Ausland

46. Wie sind Sie krankenversichert?

- Gesetzliche Krankenkasse
- Private Krankenkasse
- Ich bin Selbstzahler
- Ich bin über das Sozialamt versichert
- Weiß nicht

Dokument 7: SF12 - Fragebogen zum Gesundheitszustand

(Abschrift der ACCESS-Eingabemaske)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes in der letzten Zeit **vor** Aufnahme in das **Akutkrankenhaus**.

Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich vor dem Krankenhausaufenthalt fühlten und wie Sie im Alltag zurechtkamen.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- a) ausgezeichnet
- b) sehr gut
- c) gut
- d) weniger gut
- e) schlecht

2. Im Folgenden sind zwei Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Bitte sagen Sie mir, ob Sie durch Ihren Gesundheitszustand vor dem Krankenhausaufenthalt bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt waren?

Tätigkeiten	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a) mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln, Golf spielen			
b) mehrere Treppenabsätze steigen			

3. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer körperlichen Gesundheit und Ihren Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.

	Ja	Nein
a) In der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt haben Sie weniger geschafft als Sie wollten wegen Ihrer körperlichen Gesundheit?		
b) In der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt konnten Sie nur bestimmte Dinge tun wegen Ihrer körperlichen Gesundheit?		

4. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer seelischen Gesundheit und Ihren Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause.

Ja Nein

a) In der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt haben Sie weniger geschafft als Sie wollten wegen seelischer Probleme, z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?

b) In der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt konnten Sie nicht so sorgfältig arbeiten wie üblich wegen seelischer Probleme, z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?

5. Inwieweit haben die Beschwerden Sie in der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause behindert?

- a) überhaupt nicht
- b) etwas
- c) mäßig
- d) ziemlich
- e) sehr

6. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt gegangen ist. Bitte geben Sie mir zu jeder Frage die Antwort, die Ihrem Befinden am besten entspricht.

Wie oft waren Sie in der Wochen vor dem Krankenhausaufenthalt ...

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

... ruhig und gelassen:

... voller Energie:

... entmutigt und traurig:

7. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der Woche vor dem Krankenhausaufenthalt Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- a) immer
- b) meistens
- c) manchmal
- d) selten
- e) nie

Dokument 8: Notaufnahmebogen für Schlaganfallpatienten

Datum / / Uhrzeit : Uhr

Patientenetikette, oder Name:

Vorname: geb am:

AUFNAHMEBOGEN FÜR SCHLAGANFALLPATIENTEN

Dokumentation durch den/die neurologische Konsiliararzt/ärztin (Zum Verbleib in der Patientenakte)

1. Diagnose des neurologischen Konsilararztes

- Schlaganfall O
Verdacht auf Schlaganfall..... O

2. Ist der Ereigniszeitpunkt bekannt?

- Zeitpunkt bekannt O
Zeitpunkt unbekannt O
wenn unbekannt, dann Zeitpunkt des Bemerkens..... O

Ereigniszeitpunkt: um : Uhr, am / /

3. Welche medizinische Hilfe wurde zuerst benachrichtigt?

- Feuerwehr..... O
Hausarzt (Praxis)..... O
Hausarzt (Telefon)..... O
Krankentransport..... O
Kassenärztlicher Notdienst..... O
Notaufnahme..... O

Zeitpunkt des Bemerkens: um : Uhr, am / /

4. Wann wurde diese Hilfe gerufen?

- Zeitpunkt bekannt O
Zeitpunkt unbekannt O

Hilferuf erfolgt um : Uhr, am / /

5. Wo wurde der Patient in dieser Klinik zuerst gesehen?

- Notaufnahme..... O
Sonstiges O

5a. Nur für Charite (CCM und CCV): welche Notaufnahme?

- Chirurgische Notaufnahme..... O
Internistische Notaufnahme..... O

6. Wann ist der Patient hier in der Notaufnahme eingetroffen?

- Zeitpunkt bekannt O
Zeitpunkt unbekannt O

Notaufnahme hier : um : Uhr, am / /

7. Ist der Patient aus einem anderen Krankenhaus verlegt worden?

- Nein..... O
Ja..... O
-> Aus welchem Krankenhaus: _____

7a. Wann war der Patient dort in der Notaufnahme?

- Zeitpunkt bekannt..... O
Zeitpunkt unbekannt..... O
Der Patient war dort nicht in der Notaufnahme..... O

Notaufnahme dort : um : Uhr, am / /

8. Wann wurde das neurologische Konsil begonnen?

- Zeitpunkt bekannt O
Zeitpunkt unbekannt O

Konsil begonnen : um : Uhr, am / /

9. Wurde folgende Diagnostik in der Akutversorgung durchgeführt?

- 9a. EKG..... O
o.p.B. O
Vorhofflimmern..... O
Sonstiges O
9b. cCT O
o.p.B. O
Blutung O
Ischämie O
SAB O
Sonstiges O

EKG durchgeführt: um : Uhr, am / /

cCT angemeldet: um : Uhr, am / /

cCT durchgeführt: um : Uhr, am / /

PUNKTWERTEBOGEN FÜR DEN NIH-SS für Pat.:

Folgen Sie bitte den Anweisungen im Original der NIH-Stroke-Scale

Skala / Item	Abstufungen / Punktwerte	Punkte
1a. Bewußtseinslage (Vigilanz)	(0) Wach, unmittelbar beantwortet (1) Benommen, aber durch geringe Stimulation zum Befolgen von Aufforderungen oder Antworten zu bewegen (2) Somnolent, bedarf wiederholter Stimulation um aufmerksam zu sein, oder ist soporös und bedarf starker oder schmerzhafter Stimulation zum Erzielen von Bewegungen (keine Stereotypen) (3) Koma, antwortet nur mit mot. oder vegetativen Reflexen oder reagiert gar nicht, ist schlaff und ohne Reflexe	
1b. Orientierung	Frage nach Monat und Alter (Anmerkung: auch eindeutige nonverbale Antworten werden gewertet) (0) Beantwortet beide Fragen richtig (1) Beantwortet eine Frage richtig (2) Beantwortet keine Frage richtig	
1c. Befolgung von Aufforderungen	Aufforderung, die Augen und die nicht-paretische Hand zu öffnen und zu schließen (0) führt beide Aufgaben richtig aus (1) führt eine Aufgabe richtig aus (2) führt keine Aufgabe richtig aus	
2. Blickbewegungen (Okulomotorik)	(0) Normal (Anmerkung: bei unzureichender Kooperation = 1 Punkt!) (1) Partielle Blickparese. Dieser Punktwert wird vergeben, wenn die Blickrichtung von einem o. beiden Augen abnormal ist, jedoch keine forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese besteht (e.g. Augenmuskelparese) (2) Forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese, die durch Ausführen des okulocephalen Reflexes nicht überwunden werden kann	
3. Gesichtsfeld	(0) keine Einschränkung (Anmerkung: bei fehlender Beurteilbarkeit = 0 Punkte!) (1) partielle Hemianopsie (e.g. Quadrantenanopsie) (2) komplette Hemianopsie (3) bilaterale Hemianopsie (Blindheit oder kortikale Blindheit)	
4. Fazialisparese	(0) normale symmetrische Bewegungen (1) geringe Parese (abgeflachte Nasolabialfalte, Asymmetrie beim Lächeln) (2) partielle Parese (vollständige oder fast vollständige Parese des unteren Gesichts) (3) vollständige Parese einer oder zwei Seiten (fehlende Bewegungen oberer und unterer Teil des Gesichts)	
5. Motorik Arme	(0) kein Absinken, die Extremität wird über 10 Sekunden in der 90 °(oder 45°) Position gehalten (1) Absinken, Extremität wird zunächst bei 90° (oder 45°) gehalten, sinkt aber vor Ablauf von 10 Sek. ab; das Bett (oder eine andere Unterlage) wird nicht berührt (2) Anheben gegen Schwerkraft möglich; Extremität kann die 90° (oder 45°) Position nicht erreichen oder halten, sinkt auf das Bett ab, kann aber gegen Schwerkraft angehoben werden (3) Kein (aktives) Anheben gegen die Schwerkraft, Extremität fällt (4) Keine Bewegung (Amputation oder Gelenkversteifung angeben! Zählt 0 Punkte!)	Li Arm
		Re Arm
6. Motorik Beine	(0) kein Absinken, Bein bleibt über 5 Sekunden in der 30° Position (1) Absinken, Bein sinkt am Ende der 5 Sekundenperiode, berührt das Bett jedoch nicht (2) Aktive Bewegung gegen die Schwerkraft; das Bein sinkt binnen 5 Sekunden auf das Bett ab, kann aber gegen die Schwerkraft gehoben werden (3) Kein Anheben gegen die Schwerkraft, Bein fällt sofort auf das Bett (4) Keine Bewegung (Amputation oder Gelenkversteifung angeben! Zählt 0 Punkte!)	Li Bein
		Re Bein
7. Extremitätenataxie	(0) fehlend (Anmerkung: bei Verständnisschwierigkeiten oder Plegie: 0 Punkte!) (1) in einer Extremität vorhanden (2) in zwei Extremitäten vorhanden	
WO? (ankreuzen)	Li Arm <input type="checkbox"/> Re Arm <input type="checkbox"/> Li Bein <input type="checkbox"/> Re Bein <input type="checkbox"/>	XXX
8. Sensibilität	(0) Normal; kein Sensibilitätsverlust (1) Leichter bis mittelschwerer Sensibilitätsverlust; Patient empfindet Nadelstiche auf der betroffenen Seite als weniger scharf oder stumpf, oder es besteht ein Verlust des Oberflächenschmerzes für Nadelstiche, doch nimmt der Patient die Berührung wahr. (2) Schwere bis vollständiger Sensibilitätsverlust; Pat. nimmt die Berührung von Gesicht, Arm u. Bein nicht wahr.	
9. Sprache	(0) Keine Aphasie; normal (Anmerkung: bei Koma= 3 Punkte!) (1) Leichte bis mittelschwere Aphasie; deutliche Einschränkung der Wortflüssigkeit oder des Sprachverständnisses, keine relevante Einschränkung von Umfang oder Art des Ausdrucks. Die Einschränkung des Sprachvermögens und/oder des Sprachverständnisses macht die Unterhaltung über die vorgelegten Untersuchungsmaterialien jedoch schwierig bis unmöglich. Beispielsweise kann der Untersucher in einer Unterhaltung über die vorgelegten Materialien anhand der Antwort des Patienten ein Bild oder eine Wortkarte zuordnen. (2) Schwere Aphasie, die gesamte Kommunikation findet über fragmentierte Ausdrucksformen statt: Der Zuhörer muß das Gesagte in großem Umfang interpretieren, nachfragen oder erraten. Der Umfang an Informationen, der ausgetauscht werden kann, ist begrenzt; der Zuhörer trägt im wesentlichen die Kommunikation. Der Untersucher kann die vorgelegten Materialien anhand der Antworten des Patienten nicht zuordnen. (3) Stumm, globale Aphasie; keine verwertbare Sprachproduktion oder kein Sprachverständnis (auch bei Koma)	
10. Dysarthrie	(0) Normal (Anmerkung: Intubation oder andere mech. Behinderung angeben! Zählt 0 Punkte!) (1) Leicht bis mittelschwer, der Patient spricht zumindest einige Wörter verwaschen und kann, schlimmstenfalls, nur mit Schwierigkeiten verstanden werden (2) Schwer, die verwaschene Sprache des Patienten ist unverständlich und beruht nicht auf einer Aphasie oder übersteigt das auf eine Aphasie zurückzuführende Maß oder Patient ist stumm/anarthrisch	
11. Auslöschung, Nichtbeachtung (Neglect)	(0) Keine Abnormalität (Anmerkung: bei fehlender Beurteilbarkeit = 0 Punkte !) (1) Visuelle, taktile, auditive oder personenbezogene Unaufmerksamkeit oder Auslöschung bei der Überprüfung von gleichzeitiger bilateraler Stimulation in einer der sensiblen Qualitäten (2) Schwere halbseitige Unaufmerksamkeit oder halbseitige Unaufmerksamkeit in mehr als einer Qualität. Kein Erkennen der eigenen Hand oder Orientierung nur zu einer Seite des Raums.	
SUMME:		

nach Brott et al. (1989) und Berger K. et al. (1999)

Dokument 10: Ärztliche Anamnese, Akutdiagnostik und -therapie

(Abschrift der ACCESS-Eingabemaske)

Die folgenden Fragen sind vom Interviewer aus der Patientenakte für das Zeitfenster 0 - 24 h nach Aufnahme zu ergänzen.

1. Auf welcher **Station** ist der Patient im Hause interviewt worden?

- Stroke Unit
- Intensivstation
- Neurologische Station
- Innere Station
- Sonstige

1.b) Nur Friedrichshain: Ist der Patient vom **Stroke Team** betreut worden?

- Ja
- Nein

2. Wann ist der Patient auf der Station / Stroke Unit/Intensivstation **eingetroffen**?

Datum __ / __ / ____ Uhrzeit __ / __ Uhr

3. Körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme

Temperatur	__ , __ °C	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum __ / __ / ____
Blutdruck	___ / ___ mmHg	<input type="checkbox"/> fehlt	
Puls	___ /min	<input type="checkbox"/> fehlt	
	<input type="checkbox"/> rhythmisch <input type="checkbox"/> arrhythmisch		
Größe	___ cm	<input type="checkbox"/> fehlt	
Gewicht	___ kg	<input type="checkbox"/> fehlt	
NIH-SS	__ Punkte		

4. Labor bei Aufnahme

Blutzucker	___ mmol/l oder ___ mg/dl	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum: __ / __ / ____
Leukozytenzahl	__, __ / μ l	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum: __ / __ / ____
CrP	__, __ mg/l	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum: __ / __ / ____
Gerinnung: PTT	__ sec	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum: __ / __ / ____
INR	__, __ (ohne Einheit)	<input type="checkbox"/> fehlt	Datum: __ / __ / ____

5. Erfolgte Diagnostik innerhalb von 24 h

- EKG** Durchgeführt
 Nicht durchgeführt
 Kein EKG bzw. kein Befund vorhanden

Datum: __ / __ / ____

Uhrzeit: __ / __ h

- CT** Durchgeführt
 Nicht durchgeführt
 Kein CT bzw. kein Befund vorhanden

Datum: __ / __ / ____

Uhrzeit: __ / __ h

6. Angaben zum Management innerhalb von 72h:

- Behandlung mit **Lyse**

e.g. rt-PA, Streptokinase

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

- Behandlung mit **blutdruckhebenden** Medikamenten

e.g. Infusion von HAES, Sterofundin, Perfusor mit Dopamin, Dobutrex, Effortil

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

- Behandlung mit **blutdrucksenkenden** Medikamenten

e.g. Nifedipin (Adalat), Captopril (Lopirin), Labetalol (Trandate), Urapidil (Ebrantil), Clonidin (Catapressan), Metoprolol (Beloc Zok, Lopressor)

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

- Behandlung mit **blutzuckersenkenden** Medikamenten

e.g. Alt-Insulin

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

- Behandlung mit **temperatursenkenden** Maßnahmen

e. g. Paracetamol (ben-u-ron), Metamizol(Novalgin), Wadenwickel

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

- Behandlung mit **Heparin**

wann begonnen? Datum: __ / __ / ____ Uhrzeit: __ / __ h

low dose

full dose

subcutan (s. c.)

Perfusor (i. v., intravenös)

7. Welche anderen Krankheiten hatte der Patient?

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengte Halsschlagader(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hatte der Patient früher schon einmal einen **Schlaganfall**?

Ja

wenn ja, **wieviele Schlaganfälle** hatte er/sie bisher? __ (Zahl)

1. Schlaganfall: __ / __ / ____ oder vor __ Jahren

letzter Schlaganfall: __ / __ / ____ oder vor __ Jahren

Nein

9. Hat der Patient regelmäßig vor der Einweisung ins Krankenhaus folgende **Medikamente** eingenommen?

	Ja	Nein
ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β-Blocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Antikoagulantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium-Antagonisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidsenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Antidiabetika / Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dokument 11: Arztbrief-Auswertung

Zeitlicher Verlauf (DIAG):

- TIA =1
PRIND =2
Infarkt mit bleibendem neurologischen Defizit =3
kein Schlaganfall =4

1. **EKG** (EKG): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1

Datum (EKG_8): ___ / ___ / _____

Befund (EKG_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Vorhofflimmern/fluttern (EKG_2): nein = 0 ja = 1

Herzrhythmusstörungen/Arrhythmie (EKG_3): nein = 0 ja = 1

Alter Herzinfarkt [> 4 Wochen] (EKG_4): nein = 0 ja = 1

Frischer Herzinfarkt [< 4 Wochen] (EKG_5): nein = 0 ja = 1

Herzschrittmacher (EKG_6): nein = 0 ja = 1

Sonstiges (EKG_7): nein = 0 ja = 1

2. **Langzeit- / 24h EKG** (EKG24): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (EKG24_6): ___ / ___ / _____

Befund (EKG24_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Vorhofflimmern (EKG24_2): nein = 0 ja = 1

intermittierendes Vorhofflimmern (EKG24_3): nein = 0 ja = 1

Herzrhythmusstörungen/Arrhythmie (EKG24_4): nein = 0 ja = 1

Sonstiges (EKG24_5): nein = 0 ja = 1

3. **Erstes CT** (CT): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1
- Datum (CT_6): ___ / ___ / _____
- Befund (CT_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2
- Ischämie (CT_2): nein = 0 ja = 1
- Territorialinfarkt* (CT_2a)
- Arteria cerebri media (CT_2a1): nein = 0 ja = 1
- rechts (CT_2a2): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- links (CT_2a4): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Arteria cerebri anterior (CT_2a6): nein = 0 ja = 1
- rechts (CT_2a7): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a8): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- links (CT_2a9): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a10): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Arteria cerebri posterior (CT_2a11): nein = 0 ja = 1
- rechts (CT_2a12): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a13): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- links (CT_2a14): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a15): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Thalamusinfarkt (CT_2a16): nein = 0 ja = 1
- rechts (CT_2a17): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a18): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- links (CT_2a19): nein = 0 ja = 1
- Alter (CT_2a20): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

- Arteria choroidea anterior (CT_2a21): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT_2a22): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2a23): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT_2a24): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2a25): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Grenzzoneninfarkt* (CT_2b1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT_2b2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2b3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT_2b4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2b5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- lakunär* [<1,5 cm Durchmesser] (CT_2c1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT_2c2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2c3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT_2c4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2c5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Kleinhirn* (CT_2d1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT_2d2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2d3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT_2d4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2d5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- Hirnstamm* (CT_2e1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT_2e2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2e3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT_2e4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT_2e5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- SAE [=subcorticale arteriosklerotische Enzephalopathie / Mikroangiopathie] (CT_2f): nein = 0 ja = 1

keine bildmorphologische Zuordnung (CT_2g): nein = 0 ja = 1

Intracerebrale Blutung (CT_3): nein = 0 ja = 1

infratentoriell (CT_3a1): nein = 0 ja = 1

rechts (CT_3a2): nein = 0 ja = 1

Alter (CT_3a3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

links (CT_3a4): nein = 0 ja = 1

Alter (CT_3a5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

supratentoriell (CT_3b1): nein = 0 ja = 1

rechts (CT_3b2): nein = 0 ja = 1

Alter (CT_3b3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

links (CT_3b4): nein = 0 ja = 1

Alter (CT_3b5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

SAB (CT_4): nein = 0 ja = 1

Sonstiges (CT_5): nein = 0 ja = 1

4. Folge-CT2 (CT2): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (CT2_6): ___ / ___ / _____

Befund (CT2_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B. = 2

<u>Ischämie</u> (CT2_2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
<i>Territorialinfarkt</i> (CT2_2a)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Arteria cerebri media (CT2_2a1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2a2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2a4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri anterior (CT2_2a6):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2a7):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a8):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2a9):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a10):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri posterior (CT2_2a11):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2a12):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a13):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2a14):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a15):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Thalamusinfarkt (CT2_2a16):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2a17):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a18):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2a19):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a20):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria choroidea anterior (CT2_2a21):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2a22):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a23):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2a24):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2a25):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3

<i>Grenzzoneninfarkt</i> (CT2_2b1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2b2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2b3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2b4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2b5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
<i>lakunär</i> [<1,5 cm Durchmesser] (CT2_2c1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2c2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2c3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2c4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2c5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
<i>Kleinhirn</i> (CT2_2d1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2d2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2d3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2d4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2d5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
<i>Hirnstamm</i> (CT2_2e1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
rechts (CT2_2e2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2e3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
links (CT2_2e4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Alter (CT2_2e5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
<u>SAE</u> [=subcorticale arteriosklerotische Enzephalopathie / Mikroangiopathie] (CT2_2f):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
keine bildmorphologische Zuordnung (CT2_2g):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	

Intracerebrale Blutung (CT2_3): nein = 0 ja = 1
infratentoriell (CT2_3a1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT2_3a2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT2_3a3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT2_3a4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT2_3a5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

supratentoriell (CT2_3b1): nein = 0 ja = 1
 rechts (CT2_3b2): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT2_3b3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (CT2_3b4): nein = 0 ja = 1
 Alter (CT2_3b5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

SAB (CT2_4): nein = 0 ja = 1

Sonstiges (CT2_5): nein = 0 ja = 1

5. cMRT (MRT): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (MRT_6): ___ / ___ / _____

Befund (MRT_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Ischämie (MRT_2): nein = 0 ja = 1
Territorialinfarkt (MRT_2a): nein = 0 ja = 1
 Arteria cerebri media (MRT_2a1): nein = 0 ja = 1
 rechts (MRT_2a2): nein = 0 ja = 1
 Alter (MRT_2a3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
 links (MRT_2a4): nein = 0 ja = 1
 Alter (MRT_2a5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3

Arteria cerebri anterior (MRT_2a6):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2a7):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a8):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2a9):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a10):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri posterior (MRT_2a11):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2a12):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a13):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2a14):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a15):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
Thalamusinfarkt (MRT_2a16):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2a17):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a18):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2a19):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a20):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria choroidea anterior (MRT_2a21):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2a22):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a23):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2a24):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2a25):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
Grenzzoneninfarkt (MRT_2b1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2b2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2b3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2b4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2b5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3

<i>lakunär</i> [<1,5 cm Durchmesser] (MRT_2c1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2c2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2c3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2c4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2c5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
<i>Kleinhirn</i> (MRT_2d1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2d2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2d3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2d4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2d5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
<i>Hirnstamm</i> (MRT_2e1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_2e2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2e3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_2e4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_2e5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
<u>SAE</u> [=subcorticale arteriosklerotische Enzephalopathie / Mikroangiopathie] (MRT_2f):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
keine bildmorphologische Zuordnung (MRT_2g):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
<u>Intracerebrale Blutung</u> (MRT_3):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
<i>infratentoriell</i> (MRT_3a1):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
rechts (MRT_3a2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_3a3):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3
links (MRT_3a4):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Alter (MRT_3a5):	<input type="checkbox"/> alt [>4 Wochen] = 1	<input type="checkbox"/> frisch = 2 <input type="checkbox"/> beides = 3

- supratentoriell* (MRT_3b1): nein = 0 ja = 1
- rechts (MRT_3b2): nein = 0 ja = 1
- Alter (MRT_3b3): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
- links (MRT_3b4): nein = 0 ja = 1
- Alter (MRT_3b5): alt [>4 Wochen] = 1 frisch = 2 beides = 3
-
- SAB (MRT_4): nein = 0 ja = 1
-
- Sonstiges (MRT_5): nein = 0 ja = 1
-
6. **Extrakranieller Doppler** (ECD_1): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1
-
- Datum (ECD_6): __/__/____
-
- Befund (ECD_2): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2
-
- Stenose [>70%] (ECD_3): nein = 0 ja = 1
- Arteria carotis interna (ECD_3a) nein = 0 ja = 1
- Seite (ECD_3b) rechts = 1 links = 2 beides = 3
- Arteria vertebralis (ECD_3c) nein = 0 ja = 1
- Seite (ECD_3d) rechts = 1 links = 2 beides = 3
-
- Verschuß (ECD_4): nein = 0 ja = 1
- Arteria carotis interna (ECD_4a) nein = 0 ja = 1
- Seite (ECD_4b) rechts = 1 links = 2 beides = 3
- Arteria vertebralis (ECD_4c) nein = 0 ja = 1
- Seite (ECD_4d) rechts = 1 links = 2 beides = 3
-
- Sonstiges (ECD_5): nein = 0 ja = 1

7. **Transkranieller Doppler** (TCD):

nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (TCD_5):

__/__/____

Befund (TCD_1):

fehlt = 0 o.p.B. [normal] = m.p.B. = 2
1

Stenose [>70%] (TCD_2):

nein = 0 ja = 1

Arteria cerebri media(TCD_2a)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_2b)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri posterior (TCD_2c)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_2d)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri anterior (TCD_2e)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_2f)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Verschuß (TCD_3):

nein = 0 ja = 1

Arteria cerebri media (TCD_3a)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_3b)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri posterior (TCD_3c)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_3d)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri anterior (TCD_3e)

nein = 0 ja = 1

Seite (TCD_3f)

rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria basilaris

Stenose (TCD_6a):

nein = 0 ja = 1

Verschuß (TCD_6b)

nein = 0 ja = 1

Sonstiges (TCD_4):

nein = 0 ja = 1

8. **Duplex [Farbdoppler]** (FDS_1): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (FDS_8): ___/___/_____

Befund (FDS_2): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = m.p.B. = 2
1

Stenose [>70%] (FDS_3): nein = 0 ja = 1
 Arteria carotis interna (FDS_3a) nein = 0 ja = 1
 Seite (FDS_3b) rechts = 1 links = 2 beides = 3
 Arteria vertebralis (FDS_3c) nein = 0 ja = 1
 Seite (FDS_3d) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Verschuß (FDS_4): nein = 0 ja = 1
 Arteria carotis interna (FDS_4a) nein = 0 ja = 1
 Seite (FDS_4b) rechts = 1 links = 2 beides = 3
 Arteria vertebralis (FDS_4c) nein = 0 ja = 1
 Seite (FDS_4d) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteriosklerotische Veränderungen [Plaques] (FDS_5): nein = 0 ja = 1

Hinweis auf Dissektion? (FDS_6): nein = 0 ja = 1

Sonstiges (FDS_7): nein = 0 ja = 1

9. **Transthorakale Echokardiographie [TTE, „Herzecho“]** (TTE):

nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (TTE_2): __ / __ / ____

Befund (TTE_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Vorhoffthromben, ventrikuläre Thromben	(TTE_1a)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Spontankontrast	(TTE_1b)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Vorhofdilatation oder Vorhofseptumaneurysma	(TTE_1c)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Ventrikulaneurysma	(TTE_1d)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
dilatative Kardiomyopathie	(TTE_1e)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Klappenersatz	(TTE_1f)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Hypokinesien, Akinesien [verminderte Kontraktion]	(TTE_1g)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Sonstiges [Vorhofmyxom, Endokarditis]	(TTE_1h)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1

10. **Transösophageale Echokardiographie [TEE]** (TEE): nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (TEE_2): __ / __ / ____

Befund (TEE_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Vorhoffthromben, ventrikuläre Thromben	(TEE_1a)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Spontankontrast	(TEE_1b)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Vorhofdilatation oder Vorhofseptumaneurysma	(TEE_1c)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Ventrikulaneurysma	(TEE_1d)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
dilatative Kardiomyopathie	(TEE_1e)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Klappenersatz	(TEE_1f)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Hypokinesien, Akinesien [verminderte Kontraktion]	(TEE_1g)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Vorhofseptumdefekt o. offenes Foramen ovale	(TEE_1h)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1
Sonstiges [Vorhofmyxom, Endokarditis]	(TEE_1i)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1

<u>Stenose</u> [>70%] (CTA_2):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Arteria cerebri media(CTA_2a)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_2b)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri posterior (CTA_2c)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_2d)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri anterior (CTA_2e)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_2f)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria vertebralis (CTA_2g)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_2h)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
<u>Verschuß</u> (CTA_3):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Arteria cerebri media (CTA_3a)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_3b)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri posterior (CTA_3c)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_3d)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria cerebri anterior (CTA_3e)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_3f)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria vertebralis (CTA_3g)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Seite (CTA_3h)	<input type="checkbox"/> rechts = 1	<input type="checkbox"/> links = 2	<input type="checkbox"/> beides = 3
Arteria basilaris			
Stenose (CTA_4a):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Verschuß (CTA_4)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Arteria carotis			
Stenose (CTA_5a):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Verschuß (CTA_5)	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Gefäßmißbildung [Aneurysma, AV-Malformation] (CTA_6):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	
Sonstiges (CTA_7):	<input type="checkbox"/> nein = 0	<input type="checkbox"/> ja = 1	

13. **Magnetresonanztangiographie (MRA):** nicht durchgeführt = 0 durchgeführt = 1

Datum (MRA_7): __/__/____

Art der Durchführung (MRA1): venös = 0 arteriell = 1 beides = 2

Befund (MRA_1): fehlt = 0 o.p.B. [normal] = 1 m.p.B.= 2

Stenose [>70%] (MRA_2): nein = 0 ja = 1

Arteria cerebri media(MRA_2a) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_2b) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri posterior (MRA_2c) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_2d) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri anterior (MRA_2e) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_2f) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria vertebralis (MRA_2g) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_2h) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Verschuß (MRA_3): nein = 0 ja = 1

Arteria cerebri media (MRA_3a) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_3b) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri posterior (MRA_3c) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_3d) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria cerebri anterior (MRA_3e) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_3f) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria vertebralis (MRA_3g) nein = 0 ja = 1

 Seite (MRA_3h) rechts = 1 links = 2 beides = 3

Arteria basilaris

 Stenose (MRA_8a): nein = 0 ja = 1

 Verschuß (MRA_8b) nein = 0 ja = 1

Sinus-/Hirnvenenthrombose (MRA_4):

Gefäßmißbildung [Aneurysma, AV-Malformation] (MRA_5):

nein = 0

ja = 1

Sonstiges (MRA_6):

nein = 0

ja = 1