

## ENDOASKULÄRES ZENTRUM (EVZ) Anmeldung – Karotisstenose

### 1. Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Einweisende Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

### 2. Klinische Angaben

Karotisstenose:  rechts  links  beidseits

Stenosegrad (falls bekannt): \_\_\_\_\_ %

asymptomatisch

symptomatisch

TIA

Amaurosis fugax

Ischämischer Insult (Datum: \_\_\_\_\_)

Erstdiagnose seit: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3. Relevante Vorerkrankungen / Risikofaktoren

Arterielle Hypertonie

Diabetes mellitus

Dyslipidämie

Nikotinabusus

KHK

Vorhofflimmern

Z. n. Schlaganfall / TIA

Antikoagulation / Thrombozytenhemmung: \_\_\_\_\_

Z. n. Karotis-Intervention / OP (wann, welche): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Vorliegende Diagnostik (beifügen)

Duplexsonographie

CT-Angiographie

MR-Angiographie

DSA

Neurologische Mitbeurteilung

Datum der letzten Bildgebung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 5. Fragestellung an das Zentrum

Indikationsprüfung konservativ vs. interventionell vs. operativ

Endovaskuläre Therapie (Karotisstent)

- Offen chirurgische Therapie (CEA)
- Zweitmeinung
- Verlaufskontrolle
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Regelhaft beteiligte Fachdisziplinen:**

- Gefäßchirurgie
- Neurologie
- Diabetologie
- Interventionelle Radiologie
- Kardiologie/Angiologie
- Anästhesiologie

**Beschluss – Endovaskuläres Zentrum**

Datum der Gefäßkonferenz: \_\_\_\_\_

Art:  Ambulant  Stationär

**Zusammenfassende Bewertung:**

**Beschluss / Therapieempfehlung:**

- Konservativ
- Endovaskulär
- Offen chirurgisch
- Hybrid
- Weiterführende Diagnostik
- Verlaufskontrolle

**Geplantes Vorgehen:**

Dringlichkeit:  elektiv  Notfall

Verantwortliche Fachdisziplin: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Dokument an folgende E-Mail-Adresse:  
krefeld.evz@alexianer.de