|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr. | Frage | Antworten | Abhängig zu | Anmerkungen |
|  |  | Wegen welcher der folgenden Beschwerden haben Sie heute die Notaufnahme aufgesucht oder wurden von einem Arzt in die Notaufnahme geschickt (Bei Vorhandensein mehrerer Beschwerden kreuzen Sie bitte diejenige an, die im Vordergrund steht und zur Vorstellung hier Anlass gegeben hat.): | 1. Schwindel 2. Kopfschmerzen 3. Schwäche/Lähmung 4. Missempfindung (Kribbeln)/Taubheit der Haut 5. Sprach-/Sprechstörung 6. Sehstörung 7. Krampfanfall 8. Andere Beschwerden |  | *(Einfachauswahl)* |
| **Schwindel**  **(rot, wenn 2.1 und 6. „ja“; grün, wenn 2.4 „ja“ und 2.6. „nein“)** |  | Seit wann besteht der Schwindel? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung 4. Länger als 6 Tage ohne kürzliche Verschlimmerung | Nr. 1.1 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Leiden Sie zusätzlich unter Übelkeit/Erbrechen? | ja/nein | Nr. 1.1 |  |
|  |  | Ist der Schwindel dauerhaft vorhanden? | ja/nein | Nr. 1.1 |  |
|  |  | Tritt der Schwindel nur bei bestimmten Bewegungen auf (z. B. Umdrehen im Bett, Bücken, Kopfneigung nach hinten)? | ja/nein | Nr. 1.1 und 4. Nein |  |
|  |  | Haben Sie zusätzliche Beschwerden seit dem Auftreten des Schwindels? | ja/nein | Nr. 1.1 |  |
|  |  | Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zusätzlich? | 1. Doppelbilder 2. Probleme beim Sitzen, Stehen oder Gehen 3. Schluckstörung 4. Sprachstörung (undeutliches „verwaschenes“ Sprechen) 5. einseitige Schwäche/Lähmung oder Missempfindung 6. einseitige Koordinationsstörung (z. B. vermehrte Ungeschicklichkeit einer Hand) 7. Brustenge/-schmerzen 8. Luftnot | Nr. 1.1 und Nr. 6 ja | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Wie äußern sich die Doppelbilder konkret? | 1. Nebeneinanderstehend 2. Übereinanderstehend 3. Anders | Nr. 1.1 und Nr. 7.1 | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Wie äußern sich Ihre Probleme konkret? | 1. Beim Sitzen 2. Beim Gehen 3. Beim Stehen 4. Anders | Nr. 1.1 und Nr. 7.2 | *(Einfachauswahl)* |
| **Kopfschmerz**  **(rot, wenn (11 und 13 „ja“) oder (wenn 11 und 17 „ja“) oder (wenn 15.1 „ja“) oder (wenn 18 und mind. eines aus 19.3-19.5 „ja“);  grün, wenn 14. „nein“)** |  | Seit wann besteht der Kopfschmerz? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung 4. Länger ohne kürzliche Verschlimmerung | Nr. 1.2 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Sind die Schmerzen plötzlich oder innerhalb sehr kurzer Zeit (d. h. innerhalb einer Minute) aufgetreten? | ja/nein | Nr. 1.2 |  |
|  |  | In welchem Bereich des Kopfes? | 1. Hinterkopf 2. Seite/Schläfe 3. Stirn/Augen/Gesicht 4. Gesamter Kopf | Nr. 1.2 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Wie stark sind die Schmerzen? | (0=keine Schmerzen, 10=maximal starke Schmerzen)? | Nr. 1.2 | *(Schieberegler) Rot ab Stärke 7* |
|  |  | Sind die Schmerzen hinsichtlich Ort ihres Auftretens, ihrer Stärke oder anderweitig anders als Kopfschmerzen, die Sie kennen? | ja/nein | Nr. 1.2 |  |
|  |  | Haben Sie Fieber? | 1. Ja, gemessen und über 38° 2. Ja, gemessen und unter 38° 3. Nein, gemessen und kein Fieber 4. Nein, aber auch nicht gemessen 5. Unsicher, nicht gemessen aber fühle mich fiebrig | Nr. 1.2 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Hatten Sie kürzlich eine Kopfverletzung, einen Sturz auf den Kopf oder heftiger Anprall? | ja/nein | Nr. 1.2 |  |
|  |  | Ging den Kopfschmerzen eine körperliche Anstrengung (inkl. Husten/Niesen/Pressen/schweres Heben) voraus? | ja/nein | Nr. 1.2 |  |
|  |  | Haben Sie weitere Beschwerden zusätzlich zu den Kopfschmerzen? | ja/nein | Nr. 1.2 |  |
|  |  | Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zusätzlich? | 1. Übelkeit/Erbrechen 2. Lichtscheu 3. Schmerzen an einer Hals- oder Nackenseite 4. Sprachstörung (z. B. undeutliches „verwaschenes“ Sprechen) 5. einseitige Schwäche/Lähmung  oder Missempfindung 6. begleitende Schmerzen im Bereich eines Auges 7. Tränendes Auge oder verstopfte Nase 8. Sehstörung (z. B. Doppelbilder) – ja/nein | Nr. 1.2 und Nr. 18, ja | *(Mehrfachauswahl)* |
| **Sensomotor. Defizit**  **(rot, wenn 20.1 und 22.2 einseitig „j“ oder (wenn 20.1 und eines aus 22.2-22.4 „ja“))** |  | Seit wann besteht die Schwäche/Lähmung/ Missempfindung? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage 4. oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung 5. Zwischen 1 und 2 Wochen ohne Verschlimmerung 6. Länger als 14 Tage ohne Verschlimmerung | Nr. 1.Fehler: Verweis nicht gefunden oder Nr. 1.4 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Welche Beschwerden haben Sie? | 1. Schwäche/Lähmung 2. Taubheit 3. Kribbeln | Nr. 1.Fehler: Verweis nicht gefunden oder Nr. 1.4 | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Wo sind Ihre Beschwerden? | 1. Kopf/Gesicht – einseitig/beidseitig 2. eine Körperhälfte (rechts/links) 3. eine Gesichtshälfte & eine Köperhälfte 4. beide Beine 5. gesamter Körper ohne Seitenbetonung | Nr. 1.Fehler: Verweis nicht gefunden oder Nr. 1.4 | (*Einfachauswahl)* |
|  |  | Nehmen Sie derzeit eines der folgenden Medikamente ein? | 1. Acetylsalicylsäure (ASS) 2. Marcumar 3. Apixaban (Eliquis) 4. Dabigatran (Pradaxa) 5. Edoxaban (Lixiana) 6. Rivaroxaban (Xarelto) | Nr. 1.Fehler: Verweis nicht gefunden oder Nr. 1.4 | *(Mehrfachauswahl)* |
| **Sprache, Sprechen (rot, wenn 24.1 „ja“)** |  | 1. Seit wann besteht die Sprach-/ Sprechstörung? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung 4. Länger ohne kürzliche Verschlimmerung | Nr. 1.5 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Welche Aussage beschreibt die Beschwerden am besten? | 1. Ich kann/konnte nur undeutlich sprechen, mein Gesprächspartner versteht/verstand jedoch den Inhalt des Gesagten. 2. Ich kann/konnte unverständlich/nicht verständlich sprechen („Wortsalat“), mein Gesprächspartner hat/te Schwierigkeiten, den Inhalt des Gesagten zu verstehen. 3. Das Sprechen fällt/fiel mir schwer, ich muss nach Worten suchen  oder habe Probleme, die Wörter herauszubringen. | Nr. 1.5 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Haben oder hatten Sie zusätzlich eine oder mehrere der folgenden Beschwerden: | 1. Einseitige Lähmung/Schwäche 2. Sehstörung 3. Starke Kopfschmerzen | Nr. 1.5 | (*Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Nehmen Sie derzeit eines der folgenden Medikamente ein? | 1. Acetylsalicylsäure (ASS) 2. Marcumar 3. Apixaban (Eliquis) 4. Dabigatran (Pradaxa) 5. Edoxaban (Lixiana) 6. Rivaroxaban (Xarelto) | Nr. 1.5 | *(Mehrfachauswahl)* |
| **Sehstörung**  **(rot, wenn 28.1 und zusätzlich 29.1 oder 29.3 oder 30.2 „ja)** |  | Seit wann besteht die Sehstörung? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung 4. Länger ohne kürzliche Verschlimmerung | Nr. 1.6 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Welche Aussage beschreibt die Beschwerden am besten? | 1. Ich kann/konnte plötzlich auf einem Auge nichts mehr oder viel schlechter sehen. 2. Ich habe Flackern/Lichtzacken wahrgenommen, die gewandert sind. 3. Ich sehe doppelt bzw. habe doppelt gesehen (d. h. nebeneinander oder übereinander stehende Bilder). | Nr. 1.6 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Sind die Sehstörungen von anderen Symptomen begleitet: | 1. Schmerzen am oder ums Auge 2. Schwäche/Lähmung 3. Missempfindung 4. Sprach-/Sprechstörung 5. Häufiges Verschlucken 6. Vermehrte Erschöpfbarkeit/ körperliche Schwäche 7. Kopfschmerzen, v. a. im Bereich der Schläfe | Nr. 1.6 | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Nehmen Sie derzeit eines der folgenden Medikamente ein? | 1. Acetylsalicylsäure (ASS) 2. Marcumar 3. Apixaban (Eliquis) 4. Dabigatran (Pradaxa) 5. Edoxaban (Lixiana) 6. Rivaroxaban (Xarelto) | Nr. 1.6 | *(Mehrfachauswahl)* |
| **Krampfanfall (grün, wenn 32. „nein“ und 33.1 „ja“)** |  | Kommen Sie wegen eines stattgehabten Krampfanfalls in die Klinik? | ja/nein | Nr. 1.7 | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Geben Sie bitte den Grund Ihres Kommens an. | 1. Rezept für Antiepileptikum 2. Anderes | Nr. 1.7 und Nr. 32, Nein |  |
|  |  | Warum kommen Sie in die Klinik? | Freitext | Nr. 1.7 und Nr. 33.1, nein |  |
|  |  | Wann war der Anfall? | 1. Innerhalb der letzten 12 Stunden 2. Vor 12 bis 24 Stunden 3. Vor mehr als 24 Stunden | Nr. 1.7 und Nr. 32, ja | *(Einfachauswahl)* |
|  |  | Hatten Sie mehr als einen Krampfanfall? | ja/nein | Nr. 1.7 und Nr. 32, ja |  |
|  |  | Wie viele Krampfanfälle hatten Sie? | 1. 2 2. 3 3. Mehr als 3 | Nr. 1.7 und Nr. 36, ja | (Einfachauswahl) |
|  |  | Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt? | ja/nein | Nr. 1.7 |  |
|  |  | Sind Sie deswegen in regelmäßiger Behandlung bei einem niedergelassenen Neurologen? | ja/nein | Nr. 1.7 und Nr. 38, ja |  |
|  |  | Nehmen Sie regelmäßig ein Antiepileptikum (Medikament gegen epileptische Anfälle) ein? | ja/nein | Nr. 1.7 |  |
| **Andere Beschwerden (grün, wenn 43.5 „nein“)** |  | Handelt es sich bei Ihren Beschwerden um | 1. Schmerzen 2. Konzentrationsstörung oder Wahrnehmungsstörung 3. unwillkürliche Bewegungen 4. andere Bewegungsstörung 5. neu aufgetretene Vergesslichkeit 6. Andere (Freitexteingabe) | Nr. 1.8 | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Welche anderen Beschwerden haben Sie? | Freitext | Nr. 1.8 und Nr. 41.6 |  |
|  |  | Seit wann bestehen diese Beschwerden? | 1. Seit 4 Stunden oder kürzer 2. Zwischen 4 und 24 Stunden 3. Innerhalb der letzten 6 Tage   oder länger mit kürzlicher Verschlimmerung   1. Zwischen 1 und 2 Wochen ohne Verschlimmerung 2. Länger als 14 Tage ohne Verschlimmerung | Nr. 1.8 |  |
|  |  | Nehmen Sie wegen dieser Beschwerden Medikamente ein? | Ja/ Nein | Nr. 1.8 |  |
|  |  | Welche Medikamente nehmen Sie aufgrund dieser Beschwerden? | Freitext | Nr. 1.8 und Nr. 44, ja |  |
|  |  | Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in ärztlicher Behandlung? | 1. Ja, innerhalb der letzten 10 Tage 2. Ja, vor längerer Zeit 3. Nein | Nr. 1.8 |  |
|  |  | Ist bei Ihnen eine neurologische Erkrankung bekannt? | ja/ nein |  |  |
|  |  | Welche neurologische Erkrankung ist bei Ihnen bekannt? | 1. Multiple Sklerose 2. Epilepsie 3. Parkinson-Erkrankung 4. Schlaganfall in der Vorgeschichte 5. Andere (Freitexteingabe) | Nr. 47, ja | *(Mehrfachauswahl)* |
|  |  | Sind Sie deswegen in regelmäßiger Behandlung bei einem niedergelassenen Neurologen? | Ja/ nein | Nr. 48, ja |  |