

Anmeldung zur Neurokardiologischen Besprechung

ZuweiserIn: _____

Tel.Nr. für Rückfragen: _____

PatientInnen Daten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Symptome:

Diagnose:

Vorerkrankungen:

Medikation:

Untersuchung	Datum	Kurzbefund
MR Schädel		
TEE		
Carotissonographie		
TVT-Sono		
24h-EKG		
24h-RR		
LDL-Wert		
HbA1c-Wert		
Nikotinanamnese	NA	
ROPE-Score		

Anmerkungen:

*Das vollständig ausgefüllte Formular senden Sie bitte an eva.gruber@kabeg.at oder an victoria.grubelnik@kabeg.at
Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden!*