



per Fax an die:
030 - 450 7 560 990

NEUROVASKULÄRES BOARD

Charité – Universitätsmedizin Berlin

____ / ____

Patienten ID

(durch Sekretariat auszufüllen)

Vorstellung durch: _____

Telefon: _____

Klinik/Campus: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

(oder Patientenetikett)

Diagnose:

Anamnese/Befund:

Zusatzinformationen:

Risikofaktoren
Sekundärprophylaxe
Scores

Fragestellung:

Ergebnis des Boards:

Protokoll durch: _____

Datum: _____