



per Fax an:  
030 450 560 962

# 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: \_\_\_\_\_