

# NEUROVASKULÄRES BOARD

Charité Universitätsmedizin Berlin

\_\_\_/\_\_\_

**Patienten ID**

(durch Sekretariat auszufüllen)

per Fax an:

030-450-560962

Vorstellung durch:

Telefonnummer:

Klinik/Campus:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Diagnose:**

**Anamnese/Befund:**

**Zusatzinformationen:**

(RF, Sekundärprophylaxe, Scores)

**Fragestellung:**

**Ergebnis des Boards:**

Protokoll durch: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_