**Anmeldung CSF Board**

**Freitag, 8:15 Uhr, Demoraum Neuroradiologie**

Bitte ausgefüllt bis Mittwoch 12 Uhr an: nez.sih@uniklinik-freiburg.de

|  |  |
| --- | --- |
| PIZ |  |
| Vorname Name |  |
| Geb. Datum |  |
| Kontakt Patient\*IN  Email/Telefonnummer |  |
| Name behandelnde/r Arzt/Ärztin |  |
| Vorstellungsgrund |  |
| Radiologische Fragestellung / Bildgebung vom: |  |
| Anamnese |  |
| Weitere Untersuchungen |  |
| **Board-Beschluss:**  **Beurteilung und Prozedere** |  |
| **Datum:** | Anwesend: |