**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\*INEmail/Telefonnummer |  |
| Name behandelnde/r Arzt/Ärztin  |  |
| Vorstellungsgrund |  |
| Radiologische Fragestellung / Bildgebung vom: |  |
| Anamnese |  |
| Weitere Untersuchungen |  |
| **Board-Beschluss:****Beurteilung und Prozedere** |  |
| **Datum:**  | Anwesend:  |