

Anmeldeformular

Datum: _____

Interdisziplinäre Zerebro-Vaskuläre Konferenz (CeVaCo)

Ort: Hörsaal der Neuroradiologischen Klinik, Universitätsklinikum Aachen
Etage 5, Flur C (über Aufzug/Treppe C3), Raum 14

Zeit: wöchentlich **mittwochs, 16.00** – 16.30 Uhr

Patient Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Fall-Nr.: _____

stationär: _____ ambulant

Anmelder: Name des Arztes: _____

Klinik/Abteilung/Praxis: _____

Telefon/DECT: _____ Email: _____

Diagnose: _____

Vaskuläre Risikofaktoren: _____

Vaskuläre Endorganschäden: _____

Medikamentöse Therapie: _____

Voraufnahmen: PACS extern: CD-Import Soarian Ausdrucke

Fragestellung: _____

Anmeldungen mit diesem Formular an:

Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Aachen

Fax: 0241 / 80-82582 (Anmeldeschluss dienstags, 16.00 Uhr)

Mittwochs Vormittag erfolgt eine Rückmeldung der angemeldeten Fälle mittels Email.

Koordination:

Dr. A. Reich

DECT 35057 (extern: 0241-80 89601)

areich@ukaachen.de

Veranstalter (**Euregional Cerebro-Vascular Center Aachen (ECVA)**) und Ansprechpartner

Klinik für Neurologie Dr. A. Reich (35057) Tel. 0241-80 89601

Klinik für Neurochirurgie PD Dr. G. Schubert (36534) Tel. 0241-80 88481

Klinik für Gefäßchirurgie Dr. Kalder (35339) Tel. 0241-80 80853

Klinik für Neuroradiologie Tel. 0241-80 89602

Anmeldeformular_Interdisziplinäre Zerebro-Vaskuläre Konferenz (CeVaCo)

Klinik für Neurologie (Prof. J. Schulz), Klinik für Neurochirurgie (Prof. H. Clusmann)

Klinik für Gefäßchirurgie (Prof. M. Jacobs), Klinik für Neuroradiologie (Prof. M. Wiesmann)