

Patientenprotokoll Langzeit-EKG

Patientenname: _____

**Bitte nehmen Sie
das Gerät nicht selbst ab !**

Datum: _____

Registrierungszeit von _____ bis _____ Uhr

Uhrzeit	Tätigkeiten	Beschwerden	Medikamenteneinnahme (Präparate u. Dosierung)

Bei Fragen: Gemeinschaftspraxis Innere Medizin Fulda
Adalbertstr. 1 - 36039 Fulda - Telefon: 0661/2001 info@innere-medizin-fulda.de