

Patientendaten:

LANGZEIT-PATIENTENPROTOKOLL

LZ-EKG: LZ-RR:

Event-EKG: Schutzmanschette:

Rückgabetermin:

am: _____

um: _____

PC-Nummer: _____

Arzt: _____

Datum: _____

Uhrzeit von/bis: _____

Privat: _____

Wdh.: _____

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS DAS DUSCHEN UND
BADEN MIT DIESEN GERÄTEN VERBOTEN IST!**

Aufnahme-Recorder-Nr.: _____

Uhrzeit	Tätigkeit und aufgetretene Beschwerden: (z. B. Schwindel, Herzrhythmusstörungen oder Kreislaufstörungen, etc.)

Haben Sie einen Herzschrittmacher? (Zutreffendes bitte ankreuzen) ja: nein:

Eingenommene Medikamente während der Aufzeichnung: _____
