

Aftale ark

Afdeling for Hjertesygdomme

Til patienter og pårørende

Har været til undersøgelse/ambulant kontrol den _____ / _____ - 20_____

Undersøgelsen viser:

Medicinændring:

Yderligere undersøgelser/kontroller:

Andet :

Sign. _____

Afdeling for Hjertesygdomme
Kresten Philipsens Vej 15
6200 Aabenraa

Tlf. 7997 2600