

An die Studienambulanz der
**Klinik für Kardiologie
und Angiologie**
Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover
Fax: 0511 532-3507

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit melde ich den folgenden Patienten zum potentiellen Einschluss in die „DIGIT-HF-Studie“.

Patienten-Anmeldung:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Der Patient erklärt sich mit einer Kontaktaufnahme durch die Studienzentrale der Klinik für Kardiologie und Angiologie der Medizinischen Hochschule Hannover ausdrücklich einverstanden.

Datum und Unterschrift des meldenden Arztes

Stempel der Praxis/Klinik

