Registreringsskema til Holtermonitorering

Navn:
Cpr. nr.:

Fra _____dag, den _____til _____dag, den _____

Tryk på knap og noter tidspunkt	**Symptomer**	**Varighed**

Søvnperioder: 1. dag: Fra klokken _____:_____ til klokken _____:_____

2. dag: Fra klokken _____:_____ til klokken _____:_____

Neurologisk Klinik
Regionshospitalet Viborg