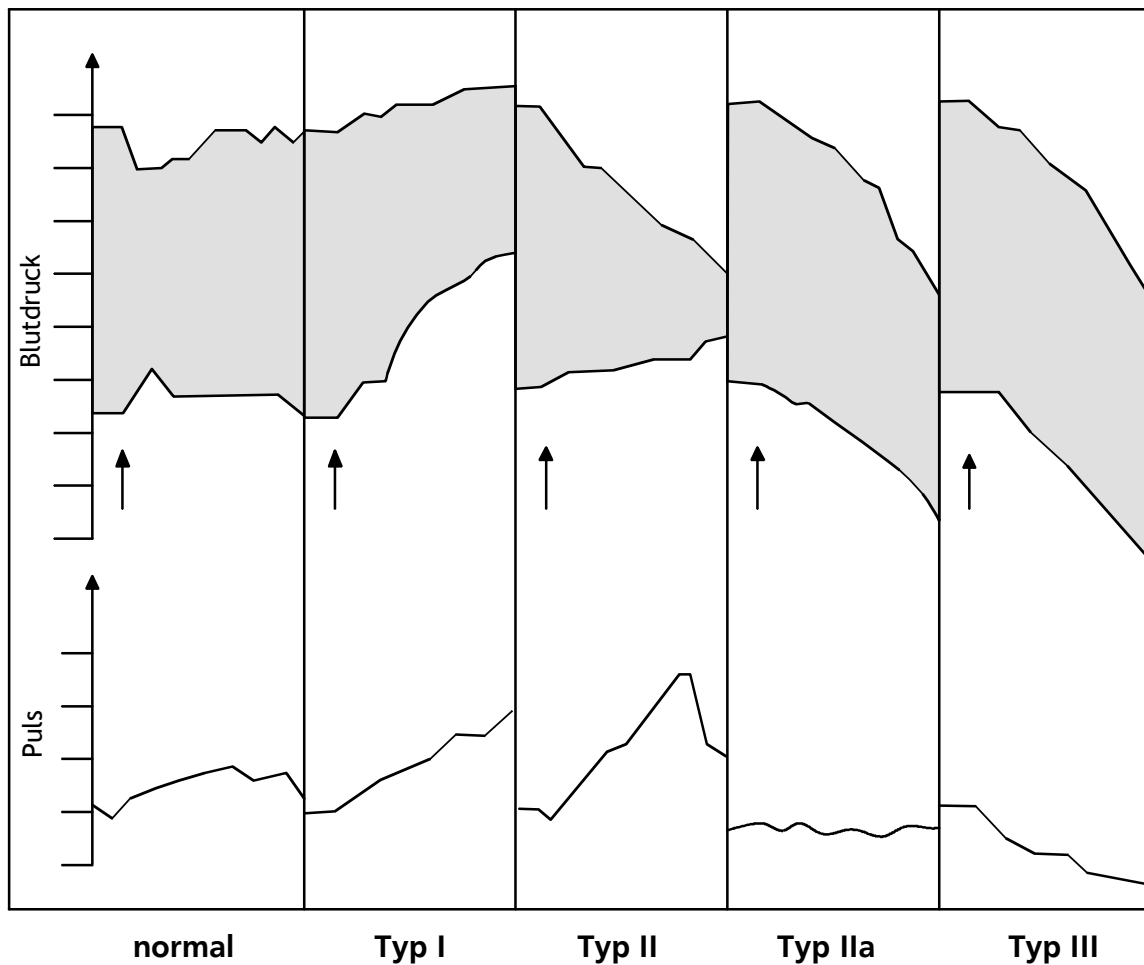


Patient

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Test durchgeführt durch: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____ : _____



- Typ I - hypersympathikotone (hypertone) Reaktion
Typ II - hyposympathikotone Reaktion
Typ IIa - asympathikotone Reaktion
Typ III - vagovasale Reaktion, vagovasale Synkope

Bemerkungen: _____
