



## Anmeldeformular

**NAME** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

### FACHGEBIET

Gefäßchirurgie    Interventionelle Radiologie    Interventionelle Kardiologie    Angiologie

SONSTIGES, bitte angeben \_\_\_\_\_

### AUSÜBUNGSORT

Name der Institution \_\_\_\_\_

### ERFAHRUNG

Endovaskuläre Therapie (in Jahren) \_\_\_\_\_

**AFS** Anzahl der **offen chirurgischen** Eingriffe pro Monat \_\_\_\_\_

Anzahl der **endovaskulären** Eingriffe pro Monat \_\_\_\_\_

**AAA** Anzahl der **offen chirurgischen** Eingriffe pro Monat \_\_\_\_\_

Anzahl der **endovaskulären** Eingriffe pro Monat \_\_\_\_\_

Welchen Prozentsatz Ihrer Zeit verwenden Sie auf die folgenden Verfahren zur Behandlung der AFS?

GORE VIABAHN® Endoprothese \_\_\_\_\_ %

Bare Metal Stent \_\_\_\_\_ %

Andere Stent-Grafts \_\_\_\_\_ %

Offener Bypass \_\_\_\_\_ %

Haben Sie einen klinischen Fall, den Sie gerne besprechen möchten? \_\_\_\_\_

**Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an:**