

Kursgruppe _____

Name: _____

Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Tag 1		Tag 2		Tag 3		Tag 4	
Dozent	Unterschrift	Dozent	Unterschrift	Dozent	Unterschrift	Dozent	Unterschrift

Neurologie

Abteilung							
Seminar							

Epileptologie

Abteilung				
Seminar				

Neurochirurgie

Abteilung				
Seminar				

Neuropathologie

Seminar

--	--