

Patientenanmeldung ambulante pulmonale Rehabilitation

Senden an: physio@spitalmaennedorf.ch oder per Fax: 044 922 23 65

Stammdaten	Name				Vorname			
	Strasse, Nr.				PLZ, Wohnort			
	Telefon 1/ P				Telefon 2/ G			
	Geburtsdatum		W	M	AHV-Nr.			
	Grundversicherung				Zusatzversicherung			
	Versicherungsklasse	Allg.	AD	EX	NPFL/Wahleingriff	Ja	Unfall*	
	Totalupgrade auf				Selbstzahler	Ja	Krankheit	
					Depotbetrag	CHF		
	Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r				*falls ja, Arbeitgeber			
					PLZ, Ort			

Diagnosen	Diagnosen							
	Medikamente							

6MGT / SPIROERGO VOR REHAB	Datum				Belastungsdauer (Min.)			
	Erreichte Wattzahl				Puls Ruhe	Puls maximal		
	REA-Status	Ja	Nein		O ₂ Ruhe	O ₂ Belastung		
	Sonstiges							
	Vorschlag Trainingspuls + Watt			Puls	/min	Watt		
	O ₂ Gabe	Ja	Nein		l/min			
	SpO ₂ Ziel	%						
	Datum				Name Arzt			

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.



SMA22ZT