

# Patientenanmeldung Kardiovaskuläre Rehabilitation

Bitte möglichst elektronisch senden an: [kardiologie@spitalmaennedorf.ch](mailto:kardiologie@spitalmaennedorf.ch) oder per Fax: 044 922 23 99

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		

Kardiale Diagnosen	Diagnosen						
	Kardiovaskuläre Risikofaktoren	Arterielle Hypertonie Dyslipidämie Diabetes mellitus Tabakkonsum				Adipositas (BMI>30) Pos. Familienanamnese Stress und Depression	
	Medikamente	mo mi ab			mo mi ab		

Ergometrie vor Kardiorehab-Beginn	Datum	Belastungsdauer (Min.)				
	Erreichte Wattzahl	Puls Ruhe		Puls maximal		
	Ischämie/ Angina pect.	BD Ruhe		BD maximal		
	Sonstiges					
	<b>Vorschlag Trainingspuls + Watt</b>	<b>Puls</b>	<b>/min</b>	<b>Watt</b>		
Datum	Name Arzt					

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

SMA0045

