

Patientenanmeldung Kardiovaskuläre Rehabilitation

Senden an: Sekretariat Medizinische Klinik, kardiorehab@spitalmaennedorf.ch, Tel: 044 922 23 07, 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	
	Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r			Depotbetrag	CHF		
			*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						
	Vorschlag Trainingspuls + Watt	Puls			/min	Watt	
Datum			Name Arzt				

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

