

## Ambulante kardiale Rehabilitation

**Anmeldung Kardiovaskuläre Rehabilitation**  
Tel. +41(0)62 838 54 99  
Fax +41(0)62 838 43 29

## Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Str/Nr: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. P: \_\_\_\_\_ Tel. G: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitsfähigkeit: %

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Diagnose: (inkl. EF)

Relevante Nebendiagnose/n:

Medikamente:

Risikofaktoren:  arterielle Hypertonie  Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie  
 Diabetes mellitus Typ  Adipositas/BMI  
 Rauchen  Positive Familienanamnese  
 Bewegungsmangel  Stress

Beilagen:  Austrittsbericht  EKG  
 Operationsbericht  Befunde

Bemerkungen:

Datum:

Arzt: