

Ambulante kardiovaskuläre 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: _____