Patientenanmeldung Kardiovaskuläre Rehabilitation

Bitte senden an: kardiorehab@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*

Selbstzahler ☐ Ja ☐ Krankheit

Totalupgrade auf _____ Depotbetrag _____ CHF

Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r _____ *falls ja, Arbeitgeber _____

PLZ, Ort _____

Kardiale Diagnosen

Diagnosen

Kadiovaskuläre 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.

SMA0045

Spital Männedorf AG, Asylstrasse 10, 8708 Männedorf
Tel. +41 (0)44 922 22 11, Fax +41 (0)44 922 22 66, www.spitalmaennedorf.ch

Spital Männedorf