

## Anmeldung zur ambulanten kardialen Rehabilitation

### Rechnungssteller

Kantonsspital Frauenfeld

EAN 7601002000185

ZSR-Nr. P706820

### Behandlung

Behandlungsgrund

Krankheit

Unfall

Beginn Rehabilitation .....

### Personalien

Name, Vorname .....

Geb.datum .....

Strasse .....

PLZ, Wohnort .....

Krankenkasse/  
Geschäftsstelle .....

Hausarzt .....

Versicherungs-Nr. ....

Name, Adresse .....

### Zuweiser

Name,  
Adresse .....

ZSR-Nr. ....

### Diagnose

Infarkt

PTCA

Bypass-OP

andere Herz-OP

Lokalisation/Gefäss/Datum .....

Relevante  
Nebendiagnosen .....

### Risikofaktoren

Nikotin

Hyperlipidämie

Hypertonie

Diabetes

familiäre Belastung

### Ärztliche Begründung der ambulanten kardialen Rehabilitation

### Arzt

Datum .....

Unterschrift .....