



## Anmeldung für die ambulante kardiale Rehabilitation

### Personalien

Name, Vorname ..... Geb.datum .....

Strasse ..... Tel. P .....

PLZ, Wohnort ..... Tel. G .....

Krankenkasse/Nummer ..... Hausarzt .....

Zuweiser/ZSR-Nummer ..... Datum der Anmeldung .....

### Diagnose

Infarkt     
  PTCA     
  Bypass-OP     
  andere Herz-OP     
  Herzinsuffizienz

Lokalisation/Gefäss/Datum .....

Relevante Nebendiagnosen .....

falls vorhanden: LVEF (Echo, Coro) ..... Chol. .... HDL ..... LDL ..... Triglyc. ....

### Risikofaktoren

Nikotin    
 Hyperlipidämie    
 Hypertonie    
 Diabetes    
 familiäre Belastung

### Medikamente

.....

.....

.....

### Belastungs-EKG vor Beginn der Rehabilitation (wenn durchgeführt)

Datum ..... Grösse ..... Gewicht .....

Ziel-Herzfrequenz ..... Ruhe-Puls ..... max. Puls .....

geleistete Wattzahl ..... Ruhe-BD ..... max. BD .....

Symptome Ja  Nein    
 Ischämie Ja  Nein

### Physiotherapie (nicht ausfüllen)

Trainingspuls ..... Trainingswattzahl .....

### Beilagen (falls vorhanden)

Kopien Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Echo, Coro-Befund

→ Per Briefpost oder Fax senden an obenstehende Adresse