

Anmeldung für Ambulante Herz-Rehabilitation

Zuweisender Arzt / Hausarzt:

(Stempel)

Patient:

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Wohnort:

Tel.-Privat:

Tel.-Geschäft:

Krankenkasse:

Programmbeginn erwünscht ab:

Indikation/Diagnosen: Myokardinfarkt Bypassoperation Aortenoperation
 PTCA mit Stenting Klappenoperation Herzinsuffizienz
 vgl. beiliegende Berichte

Aktuelle Medikation inkl. Dosierung:

.....
.....
.....
.....

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

Familiäre Belastung Arterielle Hypertonie Nikotinkonsum
 Hyper-/Dyslipidämie Adipositas Stress
 Diabetes mellitus: insulinpflichtig/nicht insulinpflichtig Bewegungsmangel

Belastungs-EKG:

Fahrrad Laufband Resultate aus beiliegendem Bericht ersichtlich
Erreichte Watt: bzw. Symptomlimitierte Ergometrie soll durch Rehab-Team durchgeführt werden
Ruhe-Puls:/Min. Datum: Beta-Blocker: ja nein
Max. BD: mmHg METs: Soll: Belastungsdauer: Min.
Max. Puls:/Min. Ruhe-Blutdruck: mmHg
 normal Angor Ischämie Arrhythmien Hypertonie

Werte bei Beginn der Rehabilitation: kein Labor durchgeführt

Laborresultate beiliegend

Grösse cm Gewicht kg BMI..... kg/m² Blutzucker mmol/l
Gesamt-Cholesterin mmol/l HDL-Cholesterin mmol/l Triglyzeride mmol/l
LDL-Cholesterin mmol/l Quotient.....

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Datum: Unterschrift:

Anmeldung bitte an: Kardiologische Gemeinschaftspraxis, Schänzlistrasse 33, 3000 Bern 25,

Tel. 031 335 46 46, Fax 031 335 46 56