



Anmeldung für ambulantes Präventions- und Rehabilitationsprogramm

Name Geb.datum:

Vorname Tel.

Adresse..... PLZ/Ort

Hausarzt.....

Hauptdiagnose/Datum

Aktuelle Medikation

Probleme Bewegungsapparat

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tabak | <input type="checkbox"/> Stress: <input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> beruflich |
| <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Vererbung/pos. Familienanamnese |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidämie | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/
Patient eher sportlich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Psyche: unauffällig auffällig

Grund zur Rehabilitation/Prävention

Rehabilitationsprogramm

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kardio (Standard/Senioren/Intensiv) | <input type="checkbox"/> PAVK | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (CHF + LVD) | <input type="checkbox"/> Neuro | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (GUCH) | | |

Bemerkungen:

.....

Weitere Unterlagen zur Beilage:

- Spitalbericht Opsbericht Echo Labor Koro Befund Belastungs-EKG

Datum: Zuweisender Arzt:

Unsere Programme sind SAKR-anerkannt. Die Kosten werden durch die Krankenkassen mit dem üblichen Selbstbehalt bei ambulanten Leistungen übernommen.