

ANMELDUNG / Ambulante Diabetesrehabilitation

NAME		GEB.DATUM	
VORNAME		TEL. P	
ADRESSE		TEL. G	
WOHNORT		HAUSARZT	
KR'KASSE		SEKTION	

Diabetes mellitus Typ		Erstdiagnose	
Diabetische Folgeschäden			
Kreislaufkrankungen			

Werte vor Beginn Rehabilitationsprogramm

(Werte nicht älter als 2 Monate)

Grösse	
Gewicht	
HbA1c	
Gesamtcholesterin	
HDL-Cholesterin	
Triglyceride	

Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren

Werte durch Cardiafit zu erheben

- Nikotin
- Arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Stress familiär beruflich
- Adipositas mit Bewegungsmangel
- Vererbung

Psyche unauffällig auffällig

Grund

Patient eher sportlich Nein Ja

Ergometrie (nicht älter als 2 Monate) liegt bei durch Cardiafit auszuführen

Hatte der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten eine kardiologische Untersuchung?

Nein Ja **wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen**

Medikamente/Dosierung

Bemerkungen

Datum:

Zuweisender Arzt:
(Stempel + Unterschrift)