

Anmeldung ambulante kardiale Rehabilitation

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Indikation:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt | <input type="checkbox"/> PTCA | <input type="checkbox"/> Bypassoperation | <input type="checkbox"/> Klappenoperation |
| <input type="checkbox"/> ACS+PTCA | <input type="checkbox"/> ACS o. Intervention | <input type="checkbox"/> PTCA | |
| <input type="checkbox"/> chirurg. Revaskularisation mit/ohne ACS oder PTCA | | <input type="checkbox"/> chron. KHK | |
| <input type="checkbox"/> Valvulopathie (operiert) | <input type="checkbox"/> Aortenoperation | <input type="checkbox"/> PAVK | |
| <input type="checkbox"/> chron. Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Funktionelle Herzbeschwerden und Syndrome | | |
| <input type="checkbox"/> Primärprävention | <input type="checkbox"/> Varia | | |

Datum des Ereignisses: _____

Termin Spitalaustritt: _____

Datum der Eintrittsergometrie: _____

Ende der ambulanten kardialen Rehabilitation: _____

Zuweisender Arzt: _____

Datum / Unterschrift: _____