

## Anmeldung Ambulante pulmonale Rehabilitation Uster

<b>Patientenname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>	<b>Telefon/ Mobiltelefon:</b>
<b>Frühere Behandlungen im Spital Uster:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Jahr: .....	
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Mitglieder-Nr.:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>Deutschkenntnisse:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls Nein, welche Sprachkenntnisse: .....	
<b>Einweisungsdiagnose:</b>		
<b>Werte vor Beginn Rehab. Programm:</b>	Grösse: ..... Gewicht/ Datum:..... / ..... BMI/Datum: ..... / .....	
<b>Relevante Nebendiagnosen:</b>	<input type="checkbox"/> Nikotin, wenn ja, bitte Packyears ..... oder allfälliges Stoppdatum ..... angeben <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Heimsauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie <input type="checkbox"/> Limitierende orthopädische Beschwerden / Einschränkungen	
<b>Medikamente/ Dosierung:</b>		
<b>Bemerkungen:</b>		

Wir bitten um die Zustellung relevanter Vorberichte / Voruntersuchungen

Datum:  
 Unterschrift:

Zuweisender Arzt

Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)