

Anmeldung ambulante kardiovaskuläre Rehabilitation

Patientenname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	PLZ/Ort:	Telefon/ Mobiltelefon:
Frühere Behandlungen im Spital Uster:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Jahr:
Aktuelle Diagnose/ Eingriffe:	Datum	
	<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI
	<input type="checkbox"/> PTCA/ Stent	
	<input type="checkbox"/> AC-Bypass	
	<input type="checkbox"/> Klappenersatz	<input type="checkbox"/> TAVI <input type="checkbox"/> aortal <input type="checkbox"/> mitral
<input type="checkbox"/> Klappenrekonstruktion	<input type="checkbox"/> aortal <input type="checkbox"/> mitral	
Nebendiagnosen:		
Besondere Angaben:	LVEF: % <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> St.n. dekompensierter Herzinsuffizienz Angina CCS: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> St.n. Kammertachykardien Dyspnoe NYHA: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Familiäre Disposit.	
Ergometrie vor Rehabilitation:	Datum: Erreichte Belastung: W HF vor bpm HF max bpm Trainingsherzfrequenz: bpm BD vor BD max Symptome: <input type="checkbox"/> muskuloskeletal <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Dyspnoe EKG-Reaktion: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch <input type="checkbox"/> grenzwertig	
Medikamente/ Dosierung:		
Ernährungsberatung:	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> durchgeführt
Beruf/ Hobbies:		

 Verordnender Arzt

Telefon:

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

Datum:
 Unterschrift: