

Kardiale Rehabilitation und Prävention  
 Inselspital  
 3010 Bern  
 Tel 031/632 89 70 (Mo bis Fr. 08.15 – 12.30)  
 Fax 031/632 89 77

ANMELDUNG  
 für  
 AMBULANTE HERZREHABILITATION



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

Kardiale DIAGNOSE/Datum: .....

zusätzliche Diagnosen: .....

Probl. Bewegungsapparat: .....

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

- Nikotin
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Hyperlipidämie
- Stress familiär  beruflich
- Adipositas m/Bewegungsmangel
- Vererbung

**Werte b/Antritt Rehab.Programm**

Gesamtcholesterin: .....  
 Grösse: ..... HDL-Cholesterin: .....  
 Gewicht: ..... Triglyceride: .....

Psyche unauffällig  auffällig  Patient: eher sportlich Ja/Nein

Grund: .....

Belastungs-EKG:	Datum	Watt	Belastungs-Dauer	Ischämie/AP	Rythm.Stör.
<input type="checkbox"/> mit Beta-Blocker	.....	.....	.....	Ja/Nein	Ja/Nein
<input type="checkbox"/> ohne Beta-Blocker	.....	.....	.....	Ja/Nein	Ja/Nein
	Puls Ruhe	Max. Puls	BD Ruhe	Max. BD	
	.....	.....	.....	.....	

Medikamente/ .....

Dosierung: .....

Bemerkungen: .....

**KOPIE AUSTRITTSBERICHT UNBEDINGT VOR REHABILITATIONSBEGINN NACHSENDEN**

Datum:

Zuweisender Arzt:  
 (Stempel und Unterschrift)