

ANMELDUNG ZUR KARDIALEN REHABILITATION

PhysioART Klinik St. Anna
St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern

Tel. +41 41 208 35 71
physioart@hirslanden.ch

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon privat:

Mobile:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Hausärztin /
Hausarzt:

Kardiologin /
Kardiologe:

Kardiale Diagnosen:

Intervention:

Einschränkungen Bewegungsapparat (z.B. Knie-TP, Gangunsicherheit, Hilfsmittel):

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie | <input type="checkbox"/> familiäre Belastung |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie |

Grösse: cm Gewicht: kg

Belastungs-EKG

Sofern vorhanden, wird sonst durch die PhysioART organisiert.

Datum: Watt max: Puls max: Belastungsdauer:

Bemerkungen:

Bitte unbedingt Kopien der Austrittsberichte und EKG-Berichte der Anmeldung beilegen. Vielen Dank!

Datum:

Unterschrift zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt