

## Ärztliches Anmeldeformular zur Ambulanten Herz- Rehabilitation Obersee

Name:					
Vorname:					
Adresse:					
PLZ/Wohnort:					
Geburtsdatum:					
Tel. Privat:			Tel. Geschäft:		
E – Mail:					
Krankenversicherung / Adresse:					
Hausarzt:					
Kardiale Diagnose:					
Weitere Diagnosen:					
Risikofaktoren:					
<input type="checkbox"/> Nikotin (      PY)		<input type="checkbox"/> Hypertonie		<input type="checkbox"/> Familiäre Belastung	
<input type="checkbox"/> Dyslipidämie		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Andere:	
Medikamente:					
Gewicht:              kg		Grösse:              cm		BMI:              kg/m <sup>2</sup>	

Belastungs-EKG (wenn möglich)								
Datum	Watt	Ischämiezeichen		Rhythmusstörungen		Ruhe-HF	Max.-HF	Max.-BD
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Optimaler Trainingsbereich HF:								
Weitere Bemerkungen								
Ort/Datum:				Stempel/Unterschrift				

Bitte Formular senden/faxen an:

Dr. med. Christian Steffen  
 Leitender Arzt  
 FMH Innere Medizin und Kardiologie  
 Spital Lachen  
 Oberdorfstr. 41  
 8853 Lachen  
 Fax 055 451 32 24  
[www.spital-lachen.ch](http://www.spital-lachen.ch)

Anlage:

Austritts-, Herzkatheter-, Operationsbericht, andere Untersuchungen