# Anmeldeformular

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Adresse |  |
| Vorname |  |  |  |
| Geb. Datum |  | Krankenkasse |  |
| Tel privat |  | Tel Geschäft |  |
|  |  |  |  |
| Hausarzt |  | Kardiologe |  |
| Spital |  | Berichtskopien an |  |

## Kardiale Diagnosen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Weitere relevante Diagnosen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Probleme von Seiten Bewegungsapparat

|  |
| --- |
|  |

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren** (bitte spezifizieren: Laborwerte, PY, therapiert etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cholesterin |  | Nikotinabusus |  |
| Diabetes mellitus |  | Hypertonie |  |
| weitere: |  |  |  |

## Aktuelle Therapie

|  |  |
| --- | --- |
| Präparat | Dosierung |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grösse |  | Gewicht |  | BMI |  |

Bemerkungen:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Wir bitten Sie höflich, Kopien allfälliger Berichte, sowie EKG-Kurven in Ruhe und unter Belastung beizulegen.

Ort, Datum: Zuweisender Arzt (Stempel)