

PATIENTENETIKETTE

ANMELDEFORMULAR AMBULANTE HERZ-REHABILITATION

NAME: _____ VORNAME: _____ FRAU MANN

STRASSE/NUMMER: _____ PLZ/ORT: _____

TELEFON GESCHÄFT: _____ TELEFON PRIVAT: _____ MOBILE: _____

GEBURTSDATUM: _____ E-MAIL: _____

KRANKENKASSE: _____ VERSICHERUNGSNUMMER: _____

KOSTENGUTSPRACHE BEANTRAGEN KOSTENGUTSPRACHE VORHANDEN (Kopie bitte beilegen)

KARDIALE HAUPTDIAGNOSE: _____

OPERATIONEN/DATUM: _____

WEITERE DIAGNOSEN: _____

WEITERES ZU BEACHTEN / VORSICHTSMASSNAHMEN: _____

LEISTUNGSKLASSE NYHA: I II III IV

BITTE FOLGENDE DOKUMENTE BEILEGEN

- Aktueller Arztbericht, OP-Bericht
- Falls vorhanden: Ergebnisse Echokardiografie, Ergometrie, Herzkatheter-Untersuchung, Kostengutsprache

ZUWEISENDE ÄRZTIN ODER ZUWEISENDER ARZT

NAME: _____ VORNAME: _____

TELEFON: _____ E-MAIL: _____

Hinweis zum Versenden des Formulars:

Bitte speichern Sie das Formular zuerst lokal auf Ihrem Datenträger und versenden es dann inkl. Beilagen per E-Mail an

herzreha.impark@hirslanden.ch.

Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter: T +41 44 209 26 40