



Anmeldeformular

Ambulantes kardiales Rehabilitationsprogramm
Region Basel
Tel. 061 265 55 27

**einsenden an: Sekretariat Karamba, Kardiologie Universitätsspital, 4031 Basel,
Fax 061 265 55 03**

Name

Geb. Datum

Adresse

Tel.

KK

Beruf:

Hausarzt

Zuweisung durch:

Datum der Anmeldung:

Diagnose: bitte Berichtskopie beilegen / mitgeben

Infarkt:

Bypassop.

Datum:

Spital:

Lokalisation/Gefäss:

Komplikationen (Datum, Typ):

PTCA

Klappenop./ andere Herz-OP

Datum:

Spital:

Lokalisation/Gefäss:

Komplikationen (Datum, Typ):

LVEF (Coro, Echo):

Bitte Befundkopien beilegen: EKG, Echobefund, Lipidstatus (Cholesterin: HDL: LDL: Triglyceride:)

Risikofaktoren:

Nikotin Hyperlipidämie Hypertonie Diabetes Familiarität Psych. Stress

Aktuelle Medikamente:

früherer Rehabilitationsaufenthalt (Ort, Datum):

Belastungsversuch vor Eintritt

liegt bei wird durchgeführt soll durch KARAMBA-Team durchgeführt werden

Datum:

durch wen:

Grösse

Gewicht

max. Watt

Ruhe BD

Max. BD

Ruhe. Puls

Max-Puls

Symptome / Ischämiezeichen:

ev. szintigrafischer Befund:

Besonderes: