



## Anmeldeformular (von Teilnehmer/in auszufüllen)

Ich melde mich an für das Bewegungsprogramm in der Herzgruppe Herisau.

Ich bin zudem interessiert an:

- Entspannung     Krafttraining     Gesunde Ernährung  
 Schwimmen     Wandergruppe     Sonstiges: (bitte nähere Angaben)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Praxis: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_



**Patienten-Datenblatt (durch Arzt auszufüllen)**

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Arzt**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Diagnose**

Herz: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

**Belatungs-EKG**

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			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Bitte stellen Sie uns das ausgefüllte Anmeldeformular zusammen mit dem von Ihrem Arzt vervollständigten Patienten-Datenblatt zu: Spital Herisau, Herzgruppe Herisau, Physiotherapie, Spitalstrasse 6, 9100 Herisau oder E-Mail: [herisau.physio@svar.ch](mailto:herisau.physio@svar.ch).