

Anmeldung CardioFit (* Pflichtfelder)

Patientenangaben:

*Nachname:	*Vorname:
*Geburtsdatum:	
*Adresse:	*PLZ, Wohnort:
*Telefonnummer:	Handynummer:
*Krankenkasse:	Vers.-Nr.:

*Anmeldender Arzt:	Anmeldedatum:
*Tel.-Nr. für ärztl. Rückfragen:	Spital/Institution:

*Training gewünscht in: Altstätten Grabs

*Hausarzt:

*betreuender Kardiologe:

*Diagnose(n):

Folgende Berichte folgen per Email (cardiofit@srrws.ch):

Austrittsbericht(e)
Bericht Koronarangiographie
Befund(e) Echokardiographie/Ergometrie
Andere
