

Patientenetikette

Verordnung

Ambulante Herz-Rehabilitation

Name _____ Vorname _____ Frau Mann
Strasse/Nr. _____ 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 zuerich.wollishofen@physiozentrum.ch oder direkt an den leitenden Arzt: paul.mohacsi@hirslanden.ch. Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter: T +41 44 330 00 80

Die Spezialisten.