

**Anmeldung zur KOHIKON-Herzinsuffizienz-
Schulung der PizolCare „Komplette
Herzinsuffizienz Kontrolle“**

**Fax: 081 783 21 93
Email:
sekretariat4.pizolcare@hin.ch**

Name.....	Vorname.....
Geburtsdatum.....	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse.....	
PLZ/Ort.....	
Telefon P.....	Telefon G.....
Email.....	
Krankenkasse.....Versicherungsnummer.....	

Herzinsuffizienz Erstdiagnose (Monat/Jahr)

Schweregrad (Stadium)

Begleiterkrankungen

.....

.....

.....

Aktuelle Medikation.....

.....

.....

Befunde (nicht älter als drei Monate) Untersuchungs-Datum.....

Grösse.....Gewicht.....BMI.....Blutdruck.....Puls.....

Echo gemacht? Nein Ja LV-AF =%

BNP/proBNP gemacht? Nein Ja Resultat = (Norm:)

Thorax-Rö: Thorax-Herz-Durchmesser-Quotient:

Ort/Datum.....**Zuweisender Arzt (Stempel)**.....

