

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

**Als Scan per E-Mail senden:  
gesundheitsfoerderung.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)**.....

