

René Weber  
Theilerweg 9  
5070 Frick  
062 871 42 06  
rene.weber@dia-rehafrick.ch

## Patienten-Datenblatt

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

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

### Diagnose

Diabetes Typ 1 Datum Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

Diabetes Typ 2 Sekundärmanifestationen:  Periphere Neuropathie  
 koronare Herzkrankheit  
 peripher-arterielle  
Verschlusskrankheit  
 Nephropathie  
 Retinopathie

Spezielle Probleme (z.B. Tendenz zu Hypoglykämien): \_\_\_\_\_

Art einer Herzerkrankung: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren:  Nikotin  
 Nikotin gestoppt < 3 Monate oder  
persistierend  
Wenn gestoppt, wann: .....  
 Art. Hypertonie

René Weber  
 Theilerweg 9  
 5070 Frick  
 062 871 42 06  
 rene.weber@dia-rehafrick.ch

Dyslipidämie

Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- Adipositas (BMI > 30)  
 Psychosoziale Belastungssituation  
 Andere: .....

Medikamente:

**Belastungs-EKG** (obligatorisch längstens 6 Monate vor Eintritt zum Ausschluss eines erhöhten kardiovaskulären Risikos)

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: