

Anhang 3:

Meldung über den Abschluss der Behandlung in der ambulanten Herzrehabilitation im Kantonsspital Graubünden

Wir bestätigen, dass die / der

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort: /

Geburtsdatum:

Versicherung:

Versicherten-Nr.:

Einweisender Arzt:

ZSR-Nr. Spital:

obengenannte/r Patientin/ Patient:

- das gesamte Programm gemäss dem Konzept der ambulanten Herzrehabilitation (12 Wochen) gemäss SAKR Richtlinien im Kantonsspital Graubünden absolviert hat.
- einen Teil des Programms während Wochen im Kantonsspital Graubünden absolviert hat.

Detaillierte medizinische Angaben über den Schluss der Rehabilitation können bei Unklarheiten über den Vertrauensarzt angefordert werden.

Die Patientin / der Patient wurde über die Fortsetzung ihrer / seiner Rehabilitation in folgendem Programm I in folgender Institution orientiert:

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____