

### Anhang 3:

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

Wir bestätigen, dass die / der

---

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>PLZ / Wohnort:</b>	/	<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Versicherung:</b>		<b>Versicherten-Nr.:</b>	
<b>Einweisender Arzt:</b>		<b>ZSR-Nr. Spital:</b>	

---

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: \_\_\_\_\_