

HJERTEREHABILITERING

	Nej	Ja
A. HAR AFDELINGEN ELLER REGISTRER AFDELINGEN TIL EN KLINISK DATABASE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. HVIS JA, INDGÅR FOREBYGGELSESRELEVANTE PARAMETRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. MODTAGER OG BEHANDLER AFDELINGEN PATIENTER MED HJERTESYGDOM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, beder vi venligst om, at skemaet udfyldes af den klinisk ansvarlige på området.

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse (KESF) og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark arbejder med at kortlægge forebyggelsesaktiviteterne på alle danske sygehuse. Formålet er at skabe overblik over igangværende aktiviteter og udarbejde et idékatalog. Skemaet om hjerterehabilitering er udarbejdet i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed (tidl. DIKE). Oplysningerne vil udover kortlægningen indgå i en ph.d. afhandling om "Hjerterehabilitering i Danmark".

Der er til kortlægningen udarbejdet strukturerede skemaer for en række kendte forebyggelsestiltag. Dette skema "Hjerterehabilitering" udfyldes af afdelinger, som modtager og behandler patienter med hjertesygdomme. Ordet afdeling skal opfattes bredt, bestående af både sengeafdeling, ambulatorium, afsnit, klinik og tilsvarende, som har én afdelingsledelse.

Hjerterehabilitering defineres i denne sammenhæng bredt, som: *"De aktiviteter der er iværksat for, at forbedre patientens funktionsniveau og fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, samt forebygge udvikling/forværring af sygdommen og minimere graden af invaliditet."*¹.

Hjerterehabiliteringsaktiviteterne kan være i afdelingen, på sygehuset og/eller i lokalområdet. Ved aktivitet forstås projekt, opgave, funktion eller lignende, hvor hjerterehabiliteringsaktiviteter og sekundær/tertiær forebyggelsestiltag overfor hjertepatienter indgår.

Spørgeskemaet belyser følgende delaktiviteter: a) fysisk træning, b) psykosocial støtte c) støtte til kostomlægning d) støtte til rygeophør og e) medikamentel sekundær profylaktisk behandling, kontrol og opfølgning. Desuden omfatter skemaet spørgsmål om organisering af hjerterehabiliteringsindsatsen.

Hvis du har spørgsmål til udfyldelse af skemaet, er du velkommen til at kontakte Ann-Dorthe Olsen på telefon 4640 6420, e-mail ado@dadlnet.dk, Ulla Træden på telefon 3531 2796, e-mail ut03@bbh.hosp.dk eller Lars Frølund på telefon 3531 3095, e-mail lf03@bbh.hosp.dk.

¹ Oversat fra "World Health Organization Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular diseases: Report and recommendations. Int J Sports Cardiol 1992;1:1001-3." og tilpasset definitionerne fra "Dansk Cardiologisk Selskab og hjerteforeningens kliniske retningslinjer for Hjerterehabilitering i Danmark. Hjerteforeningen, 1997."

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SEKTION A – FYSISK TRÆNING

SP. 1 - HAR AFDELINGEN EN ELLER FLERE AF FØLGENDE MULIGHEDER FOR AT TILBYDE ELLER HENVISE HJERTEPATIENTER TIL FYSISK TRÆNING ?

	I AFDELINGEN		ANDET STED PÅ SYGEHUSET		I LOKAL-OMRÅDET	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Under indlæggelse:						
a. Individuel fysioterapibehandling med henblik på mobilisering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Fysisk træning i hold på sengeafdelingen ledet af fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Andet, angiv hvad _____						
Ambulant efter udskrivelsen:						
e. Ambulant fysisk træning under ledelse af fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andet, angiv hvad _____						

Hvis der ikke findes mulighed for at tilbyde eller henvise til fysisk træning i afdelingen eller på sygehuset, bedes du gå til sektion B, spørgsmål 6.

SP. 2 - GENNEMFØRES ET ARBEJDS-EKG INDEN PATIENTEN HENVISES TIL FYSISK TRÆNING ?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Ja, altid | <input type="checkbox"/> |
| Ja, for de fleste patienter | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

SP. 3 - HVILKET ÅRSTAL BLEV AFDELINGENS NUVÆRENDE TILBUD OM FYSISK TRÆNING ETABLERET ?

mdr. og år

SP. 4 - HVILKE PERSONALEGRUPPER INDGÅR I AFDELINGENS TILBUD OM FYSISK TRÆNING OG HVORMANGE TIMER ER SKØNSMÆSSIGT AFSAT TIL OPGAVEN PR. UGE ?

	Nej	Ja	antal timer / uge
a. Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Sygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Andre, angiv hvilke _____			_____

SP. 5 - STATUS FOR FYSISK TRÆNING: (Angiv start og eventuel slut dato)

Er tilbud om fysisk træning på nuværende tidspunkt:	Nej	Ja	start og slut dato
a. Under udvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Videnskabeligt projekt under udførelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Kvalitetssikrings-/udviklingsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Implementeret som driftsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SEKTION B – PSYKOSOCIAL STØTTE

SP. 6 - HAR AFDELINGEN EN ELLER FLERE AF FØLGENDE MULIGHEDER FOR AT TILBYDE ELLER HENVISE HJERTEPATIENTER TIL PSYKOSOCIAL STØTTE ?

	I AFDELINGEN		ANDET STED PÅ SYGEHUSET		I LOKAL-OMRÅDET	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Under indlæggelse:						
a. Formaliseret individuel mundtligt patientinformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Formaliseret individuel skrifteligt patientinformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Gruppeundervisning under indlæggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Andet, angiv hvad _____						
Ambulant efter udskrivelsen:						
e. Individuelle samtaler ved sygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gruppeundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andet, angiv hvad _____						

Hvis der ikke findes mulighed for at tilbyde eller henvise patienterne til psykosocial støtte i afdelingen eller på sygehuset, bedes du gå til sektion C, spørgsmål 10.

SP. 7 - HVILKETÅRSTAL BLEV AFDELINGENS NUVÆRENDE TILBUD OM PSYKOSOCIAL STØTTE ETABLERET ?

mdr. og år

SP. 8 - HVILKE PERSONALEGRUPPER INDGÅR I TILBUDET OM PSYKOSOCIAL STØTTE OG HVORMANGE TIMER ER SKØNSMÆSSIGT AFSAT TIL OPGAVEN PR. UGE ?

	Nej	Ja	antal timer / uge
a. Sygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Andre, angiv hvilke _____			_____

SP. 9 - STATUS FOR TILBUD OM PSYKOSOCIAL STØTTE ? (Angiv start og eventuel slut dato)

Er tilbud om psykosocial støtte på nuværende tidspunkt:	Nej	Ja	start og slut dato
a. Under udvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Videnskabeligt projekt under udførelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Kvalitetssikrings-/udviklingsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Implementeret som driftsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SEKTION C – STØTTE MHP. KOSTOMLÆGNING

SP. 10 - HAR AFDELINGEN EN ELLER FLERE AF FØLGENDE MULIGHED FOR AT TILBYDE HJERTEPATIENTER STØTTE MHP. KOSTOMLÆGNING ?

	I AFDELINGEN		ANDET STED PÅ SYGEHUSET		I LOKAL-OMRÅDET	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Under indlæggelse:						
a. Individuelle samtaler med klinisk diætist under indlæggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Gruppeundervisning ledet af klinisk diætist under indlæggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Andet, angiv hvad _____						
Ambulant efter udskrivelsen:						
d. Ambulante individuelle klinisk diætistsamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ambulant praktisk træning i kostomlægning ledet af klinisk diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet, angiv hvad _____						

Hvis der ikke findes mulighed for at tilbyde eller henvise patienterne til støtte mhp. kostomlægning i afdelingen eller på sygehuset, bedes du gå til sektion D, spørgsmål 14.

SP. 11 - HVILKET ÅRSTAL BLEV AFDELINGENS NUVÆRENDE TILBUD OM STØTTE MHP. KOSTOMLÆGNING ETABLERET ?

□□□□ mdr. og år

SP. 12 - HVILKE PERSONALEGRUPPER INDGÅR I TILBUDET OM STØTTE MHP. KOSTOMLÆGNING OG HVORMANGE TIMER ER SKØNSMÆSSIGT AFSAT TIL OPGAVEN PR. UGE ?

	Nej	Ja	antal timer / uge
a. klinisk diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Økonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Sygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Andre, angiv hvilke _____			_____

SP. 13 - STATUS FOR TILBUD OM STØTTE MHP. KOSTOMLÆGNING (Angiv start og eventuel slut dato)

Er tilbud om støtte mhp. kostomlægning på nuværende tidspunkt:	Nej	Ja	start og slut dato
a. Under udvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Videnskabeligt projekt under udførelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Kvalitetssikrings-/udviklingsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Implementeret som driftsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SEKTION D – STØTTE MHP. RYGEOPHØR

SP. 14 - HAR AFDELINGEN EN ELLER FLERE AF FØLGENDE MULIGHED FOR AT TILBYDE ELLER HENVISE HJERTEPATIENTER TIL STØTTE MHP. RYGEOPHØR ?

	I AFDELINGEN		ANDET STED PÅ SYGEHUSET		I LOKAL-OMRÅDET	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Under indlæggelse:						
a. Individuelle samtaler mhp. rygeophør ved uddannet rygeafvænningsinstruktør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Instruktion i anvendelsen og udlevering af nikotinsubstitution under indlæggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Andet, angiv hvad _____						
Ambulant efter udskrivelsen:						
d. Rygeafvænningsgruppe ved uddannet rygestop-instruktør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Individuelle samtaler mhp. rygeophør ved uddannet rygeafvænningsinstruktør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet, angiv hvad _____						

Hvis der ikke findes mulighed for at tilbyde eller henvise patienter til støtte mhp. rygeophør i afdelingen eller på sygehuset, bedes du gå til sektion E, spørgsmål 18.

SP. 15 – HVILKET ÅRSTAL BLEV AFDELINGENS NUVÆRENDE TILBUD OM STØTTE MHP. RYGEOPHØR ETABLERET ?

□□□□ mdr. og år

SP. 16 - HVILKE PERSONALEGRUPPER INDGÅR I AFDELINGENS TILBUD OM STØTTE MHP. RYGEOPHØR OG HVORMANGE TIMER ER SKØNSMÆSSIGT AFSAT TIL OPGAVEN PR. UGE ?

	Nej	Ja	antal timer / uge
a. Sygeplejerske uddannet som rygeafvænningsinstruktør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Andet personale uddannet som rygeafvænningsinstruktør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Klinisk diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Andre, angiv hvilke _____			_____

SP. 17 - STATUS FOR STØTTE MHP. RYGEOPHØR ? (Angiv start og eventuel slut dato)

Er tilbud om støtte mhp. rygeophør på nuværende tidspunkt:	Nej	Ja	start og slut dato
a. Under udvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Videnskabeligt projekt under udførelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Kvalitetssikrings-/udviklingsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Implementeret som driftsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SEKTION E – SEKUNDÆR PROFYLAKTISK BEHANDLING, KONTROL OG OPFØLGNING

SP. 18 – HAR AFDELINGEN ETABLERET AMBULANT OPFØLGNINGSPROGRAM FOR BEHANDLING OG KONTROL AF RISIKOFAKTORER:

	I AFDELINGEN		ANDET STED PÅ SYGEHUSET		VIA EGEN LÆGE	
	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
a. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hyperkolesterolæmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Andet (eks. rygning), angiv hvad	_____		_____		_____	
d. Andet, angiv hvad	_____		_____		_____	
e. Andet, angiv hvad	_____		_____		_____	

Hvis der ikke findes mulighed for at tilbyde patienter ambulante opfølgning og kontrol af risikofaktorer i afdelingen, bedes du gå til sektion F, spørgsmål 21.

SP. 19 - HVILKE PERSONALEGRUPPER INDGÅR I TILBUDET OM AMBULANT KONTROL OG OPFØLGNING OG HVORMANGE TIMER ER SKØNSMÆSSIGT AFSAT TIL OPGAVEN PR. UGE ?

	Nej	Ja	antal timer/ uge
a. Læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Sygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Klinisk diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Andre, angiv hvilke _____			_____

SEKTION F – EVALUERING, ORGANISERING mm.

SP. 20 - ANGIV HVORVIDT DER ER GENNEMFØRT EVALUERING AF AFDELINGENS HJERTEREHABILITERINGS-AKTIVITETER:

	Findes ikke	Nej, er ikke evalueret	Ja, er evalueret	Evalueres aktuelt
<i>(kun et kryds pr. delaktivitet)</i>				
a. Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psykosocial støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kostomlægning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rygeafvænning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ambulant kontrol og opfølgning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

SP. 21 - MÅLGRUPPER

Hvilke af hjerterehabiliteringsaktiviteterne får de enkelte målgrupper tilbudt ?

	Fysisk træning	Psyko-social støtte	Kost-intervention	Ryge-afvænning	Ambulant kontrol og opfølgning	Tilbydes ikke hjerterehabilitering
Diagnose- og patientgrupper:						
a. Post-AMI patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Post-CABG/PTCA patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Angina pectoris patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hjersteinsufficiens patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Højriskpatienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andre , angiv hvilke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Andre , angiv hvilke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aldersgrupper mm.:						
h. Børn og unge mellem 0-18 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Voksne mellem 19-65 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ældre mellem 66-75 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ældre på 76 eller derover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ikke-dansktalende patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP. 22 - FINANCIERINGEN

Hvorledes er de enkelte hjerterehabiliteringsaktiviteter fortrinsvis finansieret ?

	Findes ikke	Drifts-midler	Fonds-midler	Sponsor-midler	Andet: Angiv
a. Fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Psykosocial støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Kostomlægning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Rygeafvænning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Ambulant kontrol og opfølgning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

SP. 23 - ER PERSONALET I AFDELINGEN SPECIALUDDANNET TIL AT VARETAGE HJERTEREHABILITERINGSAKTIVITETERNE ?

(hvis ja angiv, da hvilken uddannelse, uddannelsesvarighed og nuværende antal uddannede i afdelingen)

	Nej	Ja	Uddannelse (-r)	Varighed	Antal i afd.
a. Sygeplejersker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
			_____	_____	_____
b. Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
			_____	_____	_____
c. Klinisk diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
			_____	_____	_____

SP. 23 - FORTSAT:

HJERTEREHABILITERING

Specifikt skema

	Nej	Ja	Uddannelse (-r)	Varighed	Antal i afd.
d. Læger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
e. Andre, angiv hvem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
f. Andre, angiv hvem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

SP. 24 - KONTAKTPERSON (som vi kan henvende os til mhp. uddybende spørgsmål):

- a. Navn: _____
- b. Afd./Adresse: _____
- c. Telefon: _____
- d. Fax: _____
- e. E-mail _____

- | | Nej | Ja |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. Vil du indgå som kontaktperson i den endelige rapport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hvis der bliver oprettet en "klinisk" database, vil du så indgå som kontaktperson? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SP. 25 - UDDYBENDE KOMMENTARER OM HJERTEREHABILITERINGSAKTIVITETERNE I DIN AFDELING:

Med venlig hilsen og tak for hjælpen

Lars Frølund
Overlæge

Ulla Ischiel Træden
Projektkoordinator

Ann-Dorthe Olsen
Læge, ph.d.-studerende

Hvis du har spørgsmål til udfyldelse af skemaet, er du velkommen til at kontakte Ann-Dorthe Olsen på telefon 4640 6420, e-mail ado@dadlnet.dk, Ulla Træden på telefon 3531 2796, e-mail ut03@bbh.hosp.dk eller Lars Frølund på telefon 3531 3095, e-mail lf03@bbh.hosp.dk.