



Iscrizione nell'elenco dei gruppi del cuore della Fondazione Svizzera di Cardiologia

Iscrizione

I gruppi del cuore sono organizzazioni partner della Fondazione Svizzera di Cardiologia e, in quanto tali, ricevono sostegno per curare la comunicazione. Tuttavia restano indipendenti a livello finanziario e giuridico.

I loro dati sono indicati nell'elenco dei gruppi del cuore della Fondazione Svizzera di Cardiologia sul sito www.swissheartgroups.ch. Spetta alla o al richiedente controllare l'esattezza dei dati. La Fondazione Svizzera di Cardiologia non se ne assume la responsabilità. Responsabili della qualità dell'attività del gruppo del cuore sono il medico competente e la o il terapista del cuore. Se a determinate domande non si risponde o si dà una risposta insufficiente, non si ha diritto all'iscrizione nell'elenco dei gruppi del cuore. Si tratta in particolare dei dati seguenti:

- recapiti del medico competente;
- recapiti della o del responsabile del programma di attività fisica con diploma di terapista del cuore SCPRS o formazione equivalente;
- programma di attività fisica;
- disposizioni per la sicurezza e le emergenze.

Aggiornamento dei dati di registrazione

L'aggiornamento dei dati dei gruppi del cuore registrati viene eseguito autonomamente da parte degli stessi gruppi del cuore tramite il login che figura qui: swissheartgroups.ch. Un link per l'attivazione viene inviato per email dopo la pubblicazione della propria registrazione.

La preghiamo di compilare il modulo e di rispedirlo debitamente firmato all'indirizzo email sottostante. Inoltre quale conferma della correttezza dei dati la invitiamo a inviarci la pagina 10, debitamente firmata, per via elettronica oppure per posta a:

Fondazione Svizzera di Cardiologia
Settore Pazienti/Gruppi del cuore
Dufourstrasse 30
Casella postale 368
3000 Berna 14

info@swissheartgroups.ch



Sommario

(con link direttamente alla pagina)

Dati master del gruppo del cuore	Nome, località, aderenti, piano, offerta	3
Dati personali	Persona di contatto, medico	4
Dati personali	Responsabile del gruppo del cuore, terapeuta	6
Dati personali	Terapeuta	7
Attività del gruppo del cuore	Categoria, titolo, giorno della settimana, orario, locale	8
Conferma		10



Dati master del gruppo del cuore

Nome del gruppo del cuore*	
Località / Cantone*	
Sito web	
Anno di fondazione*	
Forma organizzativa	
Numero di aderenti	
Disposizioni per la sicurezza e le emergenze	Il gruppo del cuore è dotato di disposizioni per la sicurezza e le emergenze accettate dal medico del gruppo del cuore.* Sì No
	Il gruppo del cuore dispone di un defibrillatore automatico esterno (DAE) alla cui manutenzione si procede regolarmente.* Sì No
Offerte	Conferenze
	Consulenza nutrizionale
	Consulenza per smettere di fumare
	Gestione dello stress / tecniche di rilassamento
	Altri programmi
Costi in CHF*	Per unità d'allenamento
	Per trimestre
	Per semestre
	All'anno
	Altro sistema di regolamentazione dei costi
	Osservazioni (ad es. agevolazioni)

* Campi da compilare obbligatoriamente



Dati personali

Persona di contatto

Nome e cognome*

Via / n.*

NPA / località*

Telefono* Prof.

Cellulare

Email*

Medico

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefono Prof.

Cellulare

Email

Formazione

FMH: Cardiologia

FMH: Altri

Formazione: corso SCPRS
responsabile gruppo del cuore

Direzione riabilitazione fase II

Altre qualifiche

* Campi da compilare obbligatoriamente



Dati personali

Medico

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefono Prof.

Cellulare

Email

Formazione

FMH: Cardiologia

FMH: Altri

Formazione: corso SCPRS
responsabile gruppo del cuore

Direzione riabilitazione fase II

Altre qualifiche

* Campi da compilare obbligatoriamente



Dati personali

Responsabile del gruppo del cuore

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefon*o Prof.

Cellulare

Email*

Formazione*

Direzione riabilitazione fase II
Terapista del cuore SCPRS
Fisioterapista
Bachelor in scienze dello sport
Insegnante di educazione fisica
Altre qualifiche

* Campi da compilare obbligatoriamente

1 Terapista

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefono* Prof.

Cellulare

Email*

Formazione*

Direzione riabilitazione fase II
Terapista del cuore SCPRS
Fisioterapista
Bachelor in scienze dello sport
Insegnante di educazione fisica
Altre qualifiche

Indietro

Continua

* Campi da compilare obbligatoriamente



Dati personali

2 Terapista

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefono* Prof.

Cellulare

Email*

Formazione*

Direzione riabilitazione fase II
Terapista del cuore SCPRS
Fisioterapista
Bachelor in scienze dello sport
Insegnante di educazione fisica
Altre qualifiche

* Campi da compilare obbligatoriamente

3 Terapista

Nome e cognome*

Studio medico /
ospedale / reparto

Via / n.*

NPA / località*

Telefono* Prof.

Cellulare

Email*

Formazione*

Direzione riabilitazione fase II
Terapista del cuore SCPRS
Fisioterapista
Bachelor in scienze dello sport
Insegnante di educazione fisica
Altre qualifiche

Indietro

Continua

* Campi da compilare obbligatoriamente



Attività del gruppo del cuore

Attività 1

Categoria*	Aquatraining Fitness Ginnastica Outdoor Camminate Altro <input type="text"/>
Titolo*	
Giorno della settimana*	
Orario*	
Punto d'incontro / indirizzo*	
Locale / dettagli	

* Campi da compilare obbligatoriamente

Attività 2

Categoria*	Aquatraining Fitness Ginnastica Outdoor Camminate Altro <input type="text"/>
Titolo*	
Giorno della settimana*	
Orario*	
Punto d'incontro / indirizzo*	
Locale / dettagli	

* Campi da compilare obbligatoriamente



Attività del gruppo del cuore

Attività 3

Categoria*	Aquatraining Fitness Ginnastica Outdoor Camminate Altro <input type="text"/>
Titolo*	
Giorno della settimana*	
Orario*	
Punto d'incontro / indirizzo*	
Locale / dettagli	

* Campi da compilare obbligatoriamente

Attività 4

Categoria*	Aquatraining Fitness Ginnastica Outdoor Camminate Altro <input type="text"/>
Titolo*	
Giorno della settimana*	
Orario*	
Punto d'incontro / indirizzo*	
Locale / dettagli	

* Campi da compilare obbligatoriamente



Conferma

La preghiamo gentilmente di inviarci questa conferma firmata per via elettronica oppure per posta a:

Fondazione Svizzera di Cardiologia
Settore Pazienti/Gruppi del cuore
Dufourstrasse 30
Casella postale 368
3000 Berna 14
info@swissheartgroups.ch

Nome del gruppo del cuore*

Nome e cognome*

Luogo, data

Firma
