

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Untersuchungs- bogen

Nach Möglichkeit einmal jährlich aktualisieren!



Trägerverein der Herzgruppe:

Allgemeiner Sport Club Neuwied e.V.
Zertifizierte Herzgruppe

Bitte machen Sie folgende (freiwillige) Angaben:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Vorangegangene Ereignisse:

<input type="checkbox"/> Ballondilatation(nen) wann:	<input type="checkbox"/> Stenting wann:	<input type="checkbox"/> Infarkt(e) wann:
<input type="checkbox"/> Bypass-OP wann:	<input type="checkbox"/> Herzklappen-OP wann:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Raucherverhalten:

Nichtraucher Raucher Ex-Raucher seit: _____

sportliche Betätigung:

nie unregelmäßig mehrmals pro Woche / Std. pro Woche

welche Sportart(en): _____

Teilnehmer einer Herz-

Trainingsgruppe Übungsgruppe Gemischten Gruppe Nachfolgegruppe seit: _____

Weg zur Herzgruppe durch:

Hausarzt/Facharzt Klinik Presse Patienten-Seminar Empfehlung d. Teilnehmer Eigeninitiative

Im Notfall bitte verständigen
(Name, Anschrift, Telefon):

Hausarzt (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Bitte Sie Ihren behandelnden Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Kardiale Diagnose: _____

Sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Hypertonie, Diabetes, AVK, Asthma, orthopädische): _____

Ergometrie: Die Untersuchung erfolgte sitzend liegend

Am Betablocker-Medikation: ja nein

Dauer	Watt	Herzfrequenz	Blutdruck	Besonderheiten (ES, AP, Dyspnoe, ST-Strecken-Senkung, etc):
Ruhe				
2 Minuten	25 W			
2 Minuten	50 W			
2 Minuten	75 W			
2 Minuten	100 W			
2 Minuten	125 W			
2 Minuten	150 W			
2 Minuten	175 W			
1 Minute	nach Belastung			Grund des Belastungsabbruchs:
2 Minuten	nach Belastung			
3 Minuten	nach Belastung			

Hinweise für Training:

Belastbarkeit des Patienten im Training: Watt Belastbarkeit in Watt pro kg Körpergewicht Watt / kg

Nicht zu überschreitende Herzfrequenz /Minute Empfohlener Trainings-Herzfrequenzbereich: von /min bis /min

Blutdruck in Ruhe: mm Hg

Herzfrequenz in Ruhe: HF/min.

Herz-Schrittmacher

ICD-Träger

LV-Dilatation Aneurysma

EF: %

Medikation:

Fakultative Angabe: Für o.g. Patienten wird eine Teilnahme an der Herz-Trainingsgruppe Herz-Übungsgruppe vorgeschlagen.

Datum der Untersuchung _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____ Stempel _____

Einwilligung: Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden vorstehenden Angaben ausschließlich zum Zwecke der Herzgruppentherapie und zur Abrechnung mit dem Kostenträger verwendet werden.

Datum _____ Unterschrift d. Herzgruppenteilnehmers/-teilnehmerin _____