

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:

☐ Ballondilatation(nen)
wann:

☐ Stenting
wann:

☐ Infarkt(e)
wann:

☐ Bypass-OP
wann:

☐ Herzklappen-OP
wann:

☐ 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):

Bitten Sie Ihren behandelnden Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Kardiale Diagnose:

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

Ergometrie:

Am

Die Untersuchung erfolgte

Betablocker-Medikation:

☐ sitzend

☐ liegend

☐ 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

2 Minuten nach Belastung

3 Minuten nach Belastung

Grund des Belastungsabbruchs:

Blutdruck in Ruhe: mm Hg

Herzfrequenz in Ruhe: HF/min.

☐ Herz-Schrittmacher

☐ ICD-Träger

☐ LV-Dilatation ☐ Aneurysma

☐ EF: %

Medikation:

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

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