

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:

## 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 \_\_\_\_\_