



Patienten-Datenblatt

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Tel. Privat:

Tel. Mobile:

E-Mail:

Medizinische Probleme

Herz:

Andere relevante Probleme:

Risikofaktoren: Dyslipidämie Rauchen Hypertonie

Diabetes mellitus Adipositas Pos. FA

Medikamente:

Belastungs-EKG

Datum	Watt	Ischämiezeichen	Rhythmusstörungen	Ruhe-HF	Max.-HF	Max.-BD
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Empfohlener Trainingspuls: _____ und Belastungsintensität (in Watt): _____

Weitere Bemerkungen:

Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt die für das Herzgruppentraining notwendigen medizinischen Informationen an die Leiterinnen der Herzgruppe weiterleitet. Die Leiterinnen stehen unter Schweigepflicht.

Ort/Datum:

Unterschrift des Patienten:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes:
