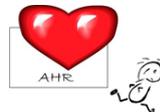


AOK LKK BKK IKK VDAK AEV Knappschaft		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ambulante Herzgruppe Radolfzell e.V.

Untersuchungsbogen 2025



Bitte ausgefüllt am folgenden Trainingsabend -zusammen mit der gelben AHR-Pulskarte - dem diensthabenden AHR-Arzt übergeben.

Die Teilnahme an unseren Rehasport-Angeboten ist verschreibungspflichtig. Nach der Erstverordnung benötigen wir jährlich (bei gesetzlich Versicherten zusätzl. zur Folgeverordnung) diesen Untersuchungsbogen mit den aktuellen Befunden. Diese Angaben sind wichtig für die richtige Gruppeneinteilung, Beratungen durch das AHR-Ärzteteam, Anpassung des Pulslimits und eine evtl. Notfallversorgung. Vielen Dank!

Patient: Bitte hier ausfüllen		(Monat/Jahr)	(Monat/Jahr)
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Infarkt(e)	<input type="checkbox"/> Stenting	
Festnetz/Mobil	<input type="checkbox"/> Ballondilatation	<input type="checkbox"/> Bypass-	
E-Mail	<input type="checkbox"/> Herzklappen-OP	<input type="checkbox"/> Defibrillator	
Hausarzt/Kardiologe	<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Größe (cm) / Gewicht (kg)	Sportliche Betätigungen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
	Raucherverhalten:	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche	
		<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher
		<input type="checkbox"/> Ex-Raucher	
Medikamente (mit jeweiliger Dosis)			
.....			
ARZT: Bitte hier ausfüllen			
Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Diabetes, AVK, Asthma, Behinderungen):			
.....			
.....			
Blutdruck in Ruhe: _____ mm HG		HF in Ruhe: _____	
Ergometrie: Watt (höchste Belastungsstufe)		maximal RR maximale HF	
Abbruch wegen (z.B. BCI):			
Herz-Echo: <input type="checkbox"/> LV-Dilatation <input type="checkbox"/> Aneurysma <input type="checkbox"/> LV-EF _____ %			
Wichtige Besonderheiten: _____			
.....			
Empf. Trainingsbelastung: _____ Watt		Empf. Trainingspu. 	Pulsli
Untersuchungsdatum	Unterschrift Arzt	Stempel:	

AHR-intern: Gruppe _____ Pulslimit alt/neu _____ / _____ alte Pulskarte kontrolliert, neue heute ausgegeben
 max. Trainingsbelastung alt/neu _____ / _____ Bemerkungen _____

Datum, Unterschrift AHR-Arzt/Ärztin