

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 2026



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

Die Teilnahme an unseren Rehasport-Angeboten ist verschreibungs-pflichtig. Nach der Erstverordnung benötigen wir jährlich (bei gesetzlich Versicherten zusätzl. zur Folgeverordnung) diesen Untersuchungsbogen mit 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	☐ Infarkt(e)	☐ Stenting	
Tel. Festnetz/mobil	☐ Ballondilatation	☐ Bypass-	
E-Mail	☐ Herzklappen-OP	☐ Defibrillator	
Hausarzt/Kardiologe	☐ Schrittmacher	☐ Sonstiges	
Sportliche Betätigungen:			
☐ nie		☐ unregelmäßig	☐ mehrmals pro Woche
☐ Nichtraucher		☐ Raucher	☐ Ex-Raucher
Größe (cm)		Gewicht (kg)	
Medikamente (mit jeweiliger Dosis)			
.....			
.....			
ARZT: Bitte hier ausfüllen			
Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Diabetes, AVK, Asthma, Behinderungen):			
.....			
.....			
Blutdruck in Ruhe:		HF in Ruhe:	
Ergometrie: Watt (höchste Belastungsstufe)		maximal RR maximale HF	
Abbruch wegen (z.B. BCI):			
Herz-Echo: ☐ LV-Dilatation ☐ Aneurysma ☐ LV-EF %			
Wichtige Besonderheiten:			
.....			
Empf. Trainingsbelastung: Watt		Empf. Trainingspuls: 	Pulslimit:
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