

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ambulante Herzgruppe Radolfzell e.V. Untersuchungsbogen



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	Geb.-Datum	<input type="checkbox"/> Infarkt(e)	<input type="checkbox"/> Stenting
Festnetz	Mobil	<input type="checkbox"/> Ballondilatation	<input type="checkbox"/> Bypass-OP
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)		
Raucherverhalten:	Sportliche Betätigungen:		
Medikamente (mit jeweiliger Dosis)			

Arzt: Bitte hier ausfüllen

Untersuchungsdatum:

Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Diabetes, AVK, Asthma, Behinderungen):

Blutdruck in Ruhe:	Ruhe RR:	/	Ruhe HF:	
Ergometrie:	Max. RR:	/	Max. HF:	Max. Belastungsstufe: Watt
	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. Trainingspuls:	Pulslimit:
Untersuchungsdatum	Unterschrift Arzt	Stempel	

AHR-intern: Gruppe Pulslimit alt/neu / alte Pulskarte kontrolliert, neue ausgegeben

max. Trainingsbelastung alt/neu / Bemerkungen

Datum Unterschrift AHR-Arzt/Ärztin