

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	☐ Infarkt(e)	☐ Stenting
Festnetz	Mobil	☐ Ballondilatation	☐ Bypass-OP
E-Mail		☐ Herzklappen-OP	☐ Defibrillator
Hausarzt	Kardiologe	☐ Schrittmacher	☐ 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:	☐ 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 ausgegeben

max. Trainingsbelastung alt/neu / Bemerkungen

Datum	Unterschrift AHR-Arzt/Ärztin
-------	------------------------------