

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.

www.herzsport-ahr.de



Gruppe

## Untersuchungsbogen 2024

Bitte ausgefüllt senden an:

[arzt@herzsport-ahr.de](mailto:arzt@herzsport-ahr.de)

oder am Übungsabend dem Arzt übergeben

### Patient: Bitte hier ausfüllen

(Monat/Jahr)

(Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Datum

Infarkt(e) \_\_\_\_\_  Stenting \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.

Ballondilatation \_\_\_\_\_  Bypass-OP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Herzklappen-OP \_\_\_\_\_  Defibrillator \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

Schrittmacher \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Größe (cm) Gewicht (kg)

#### Raucherverhalten:

Nichtraucher  Ex-Raucher  Raucher

\_\_\_\_\_  
Medikamente (mit jeweiliger Dosis) .....

#### Sportliche Betätigungen:

nie  unregelmäßig  mehrmals pro Woche

### ARZT: Bitte hier ausfüllen

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

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:  LV-Dilatation  Aneurysma  LV-EF \_\_\_\_\_ %

Wichtige Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Empf. Trainingsbelastung: \_\_\_\_\_ Watt Empf. Trainingspuls:   Pulslimit:  

Datum

Unterschrift Arzt

Stempel

Untersuchungsbogen 2023-03.xlsx