Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Untersuchungs-bogen

Nach Möglichkeit einmal jährlich aktualisieren!

DGPR

LAG Niedersachsen e.V.

Trägerverein der Herzgruppe:

Bitte machen Sie folgende (freiwillige) Angaben:

Name, Vorname: geb. am:

Anschrift: Telefon:

Größe in cm: Gewicht in kg:

Vorangegangene Ereignisse:
☐ Ballondilatation(nen) wann: ☐ Stenting wann: ☐ Infarkt(e) wann:
☐ Bypass-OP wann: ☐ Herzklappen-OP wann: ☐ Sonstiges:

Raucherverhalten:
☐ Nichtraucher ☐ Raucher ☐ Ex-Raucher seit:

sportliche Betätigung:
☐ nie ☐ unregelmäßig ☐ mehrmals pro Woche / ..... Std. pro Woche

welche Sportart(en):

Teilnehmer einer Herz-
☐ Trainingsgruppe ☐ Übungsgruppe ☐ Gemischten Gruppe ☐ Nachfolgegruppe seit:

Weg zur Herzgruppe durch:
☐ Hausarzt/Facharzt ☐ Klinik ☐ Presse ☐ Patienten-Seminar ☐ Empfehlung d. Teilnehmer ☐ Eigeninitiative

Im Notfall bitte verständigen
(Name, Anschrift, Telefon):

Hausarzt (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Bitten Sie Ihren behandelnden Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Kardiale Diagnose:

Sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Hypertonie, Diabetes, AVK, Asthma, orthopädische):

Ergometrie:
Am
Die Untersuchung erfolgte ☐ sitzend ☐ liegend
Betablocker-Medikation: ☐ ja ☐ nein

Dauer	Watt	Herzfrequenz	Blutdruck
Ruhe			
2 Minuten	25 W		
2 Minuten	50 W		
2 Minuten	75 W		
2 Minuten	100 W		
2 Minuten	125 W		
2 Minuten	150 W		
2 Minuten	175 W		
1 Minute nach Belastung			
2 Minuten nach Belastung			
3 Minuten nach Belastung			

Besonderheiten
(ES, AP, Dyspnoe, ST-Strecken-Senkung, etc):

Grund des Belastungsabbruchs:

Blutdruck in Ruhe: ..... mm Hg

Herzfrequenz in Ruhe: ..... HF/min.

☐ Herz-Schrittmacher
☐ ICD-Träger
☐ LV-Dilatation ☐ Aneurysma
☐ EF: ..... %

Medikation:

Hinweise für Training:

Belastbarkeit des Patienten im Training: ..... Watt

Belastbarkeit in Watt pro kg Körpergewicht ..... Watt / kg

Nicht zu überschreitende Herzfrequenz ..... / Minute

Empfohlener Trainings-Herzfrequenzbereich: von ..... /min bis ..... /min

Fakultative Angabe: **Für o.g. Patienten wird eine Teilnahme an der ☐ Herz-Trainingsgruppe ☐ Herz-Übungsgruppe vorgeschlagen.**

Datum der Untersuchung | Unterschrift der Ärztin/des Arztes | Stempel

Einwilligung: Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden vorstehenden Angaben ausschließlich zum Zwecke der Herzgruppentherapie und zur Abrechnung mit dem Kostenträger verwendet werden.

Datum | Unterschrift d. Herzgruppenteilnehmers/-teilnehmerin

Stand: 08/2012

HG-Doku-NDS 11