

### VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN

Nachname  Vorname  Geb.-Datum  Sportgruppe

PLZ, Wohnort  Straße, Haus-Nr.  Telefon

wenn nicht selbst versichert: Nachname des Versicherten  Vorname  Geb.-Datum

Name der Krankenkasse  Mitgl.-Nr. der Krankenkasse (wenn vorhanden)

Hausarzt (Name, Anschrift)

### VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Untersuchung am:  Größe  cm Gewicht  kg

#### DIAGNOSE

Art und Schwere der Herzerkrankung

Sonstige sportrelevante Befunde, z.B. orthopädische, neurologische, psychische Erkrankungen

#### MEDIKATION (Präparat + Einnahmeverordnung)

Betablocker (  )

Marcumar (  )

Nitro (  )

Thromb.-Agg. (  )

Antihypertensiva (  )

Digitalis (  )

Calciumantagonisten (  )

Sonstige (  )

### BELASTUNGSUNTERSUCHUNG AUF DEM FAHRRAD-ERGOMETER

	Pulsfrequenz	Blutdruck (RR)	Pat. soll im Training belastet werden bis Watt / kg	Pulsfrequenz beim Training bis Schläge pro Minute
Ruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Minuten 25 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Besondere Hinweise zum Training <input type="text"/>	Watt pro kg Körpergewicht <input type="text"/>
2 Minuten 50 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Minuten 75 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Minuten 100 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Minuten 125 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Minuten 150 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Minuten 175 Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2 Min. Watt	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
1 Min. nach Belastung	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Grund des Belastungsabbruchs

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ARZTES / STEMPEL