

Krankenkassen bzw, Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Hausarzt/Kardiologe

Voruntersuchung/Jahresuntersuchung Ambulante Herzgruppe
(bitte vom Arzt ausfüllen)

Diagnosen:

Letzte Medikation:

EKG:

☐ SR

☐ VHF

☐ SM

Belastungs-EKG:

ohne/mit Medikation

max. Watt
RRmax

ST-Senkung
HF max

mV

Ang. pect. 0 – 1 – 2 – 3

Echokardiogramm:

Einschränkung der Myokardfunktion:

0 = keine

1 = leicht

2 = mittel

3 = schwer

Vitium:

☐ ja

☐ nein

Trainingsherzfrequenz nach Karvonen $(HF_{\max} - HF_{\text{Ruhe}}) \times 0,8 + HF_{\text{Ruhe}}$ _____ /min

Dauerbelastbarkeit: ☐ 50 ☐ 75 ☐ 100 ☐ 125 ☐ 150 Watt

Empfehlung:

☐ bis 50 W (Gruppe I)

☐ 50 bis 100 W (Gruppe II)

☐ > 100 W (Gruppe III)

Datum: _____

Unterschrift: _____