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 ST-Senkung mV Ang. pect. 0 – 1 – 2 – 3

RRmax HF max

Echokardiogramm:

Einschränkung der Myokardfunktion: 0 = keine 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer

Vitium: ☐ ja ☐ nein

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