

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten:		geb. am:
Kassen- Nr.:	Versicherten- Nr.:	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Arzt- Nr.:	Datum



Herzgruppen Saar e.V (HGS)

Landesverband zur Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen



D G P R

Ergometer- Belastungsuntersuchung für die Herzgruppenteilnahme

(in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie)

Die Untersuchung erfolgte: im Sitzen
 im Liegen

β- Blocker- 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:	

Training:

Belastbarkeit des Patienten im Training bis _____ Watt Körpergewicht _____

Belastbarkeit in Watt pro kg Körpergewicht _____ Watt / kg

Herzfrequenz im Training bis _____ Schläge / min.

Besondere Hinweise zum Training _____

Fakultative Angaben:

Herz- Trainingsgruppe

Für den Patienten wird eine Teilnahme in der

Herz- Übungsgruppe

vorgeschlagen.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

.....
Stempel

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden vorstehenden Angaben ausschließlich zum Zwecke der Herzgruppentherapie und zur Abrechnung mit den Kostenträgern verwendet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Herzgruppenteilnehmer / in