

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	<b>25 W</b>		
2 Minuten	<b>50 W</b>		
2 Minuten	<b>75 W</b>		
2 Minuten	<b>100 W</b>		
2 Minuten	<b>125 W</b>		
2 Minuten	<b>150 W</b>		
2 Minuten	<b>175 W</b>		
1 Minute nach Belastung			
2 Minuten nach Belastung			
3 Minuten nach Belastung			
<b>Besonderheiten:</b> ( ES, AP, Dyspnoe, ST- Strecken- Senkung, etc. )		<b>Grund des Belastungsabbruchs:</b>	

### 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