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

DGPR

Untersuchungsbogen für Teilnehmer / innen von Herzgruppen

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Ihre Telefon- Nr.: _____

Teiln. einer Herz Übungsgruppe seit _____

Teiln. einer Herz Trainingsgruppe seit _____

Herzgruppe des Vereins _____

Geschlecht: O weiblich O männlich

Größe in cm _____ Gewicht in Kg _____

Rauchverhalten: O Nichtraucher
O Ex- Raucher
O Raucher

Sportliche Betätigung O nie
O unregelmäßig
O mehrmals/ Woche
____ h/ Woche

welche Sportarten _____

O Ballondilatation (en) wann _____

O Stentimplantation (en) wann _____

O Infarkt (e) wann _____

O Bypass- OP wann _____

O Herzklappen- OP wann _____

O Sonstiges _____

_____

Medikamente: _____

_____

_____

_____

_____

Bitten Sie Ihren Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Datum der Untersuchung: _____

Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde: (Diabetes, AVK, Asthma, Behinderungen etc.) _____

_____

Blutdruck in Ruhe: _____ mm HG HF in Ruhe: _____

Ergometrie: _____ Watt (höchste belastete Leistungsstufe)

_____ max. HF

_____ mm HG (höchster RR)

Herzecho: (falls vorhanden) **O** LV- Dilatation **O** Aneurisma **O** EF _____% **O** Schrittmacher **O** ICD- Träger

Wichtige Besonderheiten: _____

…….. ……

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